جامعة طنطا
كلية التربية – فرع كفر الشيخ
قسم الصحة النفسية

فعالية كل من برنامج إرشادى للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية (الاوتيزم) لدى الأطفال

رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في التربية
علم نفس تخصص " صحة نفسية "

إعـــداد

سهام على عبد الغفار عليوه

مدرس مساعد بقسم الصحة النفسية بتربية كفر الشيخ

إشـــراف

أ.د / محمد عبد الظاهر الطيب
أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية
عميد كلية التربية – جامعة طنطا

د / هارون توفيق الرشيدى
أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية بكفر الشيخ – جامعة طنطا

١٩٩٩ م

بسم الله الرحمن الرحيم

قَالُواْ سُبْحَٰنَكَ

لَا عِلْمَ لَنَآ إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَآ إِنَّكَ أَنتَ ٱلْعَلِيمُ ٱلْحَكِيمُ (٣٢)

صدق الله العظيم

سورة البقرة آية (٣٢)

شكــر وتقديــر

أسجد لله حمداً وشكراً على توفيقى فى إتمام هذا البحث .

وأتقدم بخالص الشكر والتقدير والعرفان لكل من وقف جانبى وقدم لى يد العون ويسر لى طريــق العلم والمعرفة .

وتخــص الباحثــة بالشــكر والتقديــر الأســتاذ الفــاضل والعــالم الجليــل الأستاذ الدكتور / **محمد عبد الظاهر الطيب** ، أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسـية وعميـد كليـة التربية – جامعة طنطا فقد غمرني بعطفه وكرمه وتفضل بالإشراف على هذا البحث رغم أعبائــه الكثيرة ، فقد تعودت منه العطاء العلمي والتوجيهات الهامة التي كان لها أبلغ الأثر في إتمام هــذا البحث- فجزاه الله عني خير الجزاء .

كما أتقدم بخالص الشكر والعرفان للأستاذ الفاضل السيد الدكتور / **هارون توفيق الرشيدي** ، أستاذ الصحة النفسية المساعد بكلية التربية بكفر الشيخ – جامعة طنطا الذي لم يدخــر وقتــا ولا جهدا في متابعة هذا البحث والذي رعى الباحثة برحابة صدر وسعة بصيرة ، وقد كان لتوجيهاتــه وإرشاداته العلمية أبلغ الأثر في إتمام هذا البحث – فجزاه الله عني خير الجزاء .

كما يسعد الباحثة أن تتوجه بالشكر والتقدير إلى الأستاذ الدكتور / **عثمان لبيب فراج** أســتاذ الصحة النفسية وصحة البيئة بالجامعة الأمريكية بالقاهرة ، لما قدمه للباحثة من توجيهات بنــاءه وتيسيرات فعاله في تطبيق إجراءات هذا البحث .

كما يسعد الباحثة أن تتوجه بالشكر والتقدير إلي كل من الأستاذ الدكتور / **عبد السلام الشـيخ** والأستاذ الدكتور / **حسين عبد العزيز الدريني** والسيد الدكتور / **محمد محمد الحسانين** والســيدة الدكتورة / **آمال عبد السميع باظه** والدكتورة / **فريدة عبد الغني السماحي** لما قدموه للباحثة مــن توجيهات كان لها عظيم الأثر في إتمام هذا البحث .

وأتقدم بكل الشكر والامتنان للأخوة الزملاء والزميلات بقسم علم النفس بالكلية ، كما أتقــدم بجزيل الشكر والعرفان لمديري المراكز التي تم فيها تطبيق إجــراءات البحــث وكذلــك فريــق الأخصائيين القائم بالتدريب فيهما ، وأطفال العينة وأسرهم على حسن تعاونهم مع الباحثة .

كما أقدم شكري وتقديري لأفراد أسرتي على ما تحملوه من أعباء في سبيل إتمام هذا البحث.

الباحثــــة

فهرس الموضوعات

الفصل الأول

مدخل إلي الدراسة

- المقدمة وأهمية الدراسة
- مشكلة الدراسة
- أهداف الدراسة
- مصطلحات الدراسة
- حدود الدراسة

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

مقدمة وأهمية الدراسة :-

تعتبر مرحلة الطفولة من أهم المراحل التي يمر بها الانسان في حياته ، ففيها تشتد قابلية الطفل للتأثر بالعوامل التي تحيط به ، فتظهر في جوانب شخصيته أنماط من السلوك السوي أو السلوك الدال علي سوء التوافق .

لذا فقد اهتمت مدارس علم النفس المختلفة بسيكولوجية الطفولة ، فيعتبر أصحاب الوجهة التحليلية أن الخمس سنوات الأولي من حياة الكائن البشري هي العامل الحاسم في بناء صرح شخصيته ، ويري أصحاب الوجهة السلوكية أنه من ضمن العوامل التي تسهم في انبثاق وإتيان السلوك هو الزاد الخبراتي والسلوكي الذي تعلمه هذا الكائن في سنوات عمره ، كما يؤكد أصحاب النزعة السيكاترية أن دراسات الطفولة هي أهم فروع علم النفس .

ويؤكد أحمد عكاشة هذه الحقيقة موضحاً أن مصدر الاضطرابات النفسية والعقلية عند الكبار إنما هي صدمات نفسيه حدثت أثناء الطفولة وتفاعل بين الطفل وبيئته . وأن تحسن علاقة الطفل بمجتمعه ، وتقديم الرعاية النفسية السوية له أثناء الطفولة يعتبران من المؤشرات الجيدة لنشأة الشباب نشأه صحيحه خاليه من الاضطرابات النفسية والعصابية والذهانية (أحمد عكاشة ،١٩٩٢، ٦١٥) .

ويري كمال مرسى أن الفترة من ثمانية شهور إلي ثلاث سنوات مرحلة هامة في النمو المعرفي والانفعالي والاجتماعي للأطفال العاديين وغير العاديين ، وأنه لابد من الاهتمام بهذه الفترة لعدم حدوث إعاقة في نموهم العقلي وانحرافاتهم السلوكية فيسوء توافقهم في مراحل حياتهم المقبلة (كمال مرسي ، ١٩٩٥، ٢٥) .

من هذا المنطلق ، فقد يواجه بعض الأباء في الأسرة أطفال ذوى اضطرابات جسمية أو عقلية أو نفسية ، وهؤلاء الأطفال يختلفون عن الأطفال العاديين ، فقد لوحظ علي بعض الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة أنهم يعانون من اضطرابات حادة من التعبير عن انفعالاتهم وغير قادرين علي التفاعل الاجتماعي ولديهم أنماط سلوكية شاذة بالاضافة إلي الضعف العقلي .

وقد تعرف ليوكانر Leo Kanner علي هذه الزملة من الأعراض وأطلق عليها اضطراب الاوتيزم Autism ، ويرى أن هذه الأعراض لها بعض المظاهر الكلينيكية كاضطراب الانتباه

والادراك واللغة ، عدم القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين والنشاط الحركي المفرط ، وأنه يظهر لدي الذكور أكثر من الاناث (Baron –Cohen , 1991 , 385) .

ومنذ أن تحدث كانر عن الاوتيزم وقد توالت الأبحاث والدراسات والاهتمامات بهذا الموضوع وبالأطفال الاوتيستيك Autistic Children من قبل الأطباء النفسيين والعقليين والباحثين في أنحاء متفرقة من العالم ، إلي الحد الذي تخصصت فيه إحدي المجلات العلمية في هذا المجال بعنوان J Of Autism and Developmental disorder

كما أشار ولبيرج Wollberg أن هذا الاضطراب يشبه اضطرابات ذهانية في الطفولة مثل فصام الطفولة ، زملة الذهان التبادلي Psychosis Syndroms Symbiotic ، حيث تتميز هذه الاضطرابات بالإضافة إلي أعراض الاوتيزم باضطرابات حادة في السلوك سواء كانت فسيولوجية أوسيكولوجية أوشخصية تتمثل في الميول الإنسحابية Withdrawol Tendecies ، مشكلات التواصل شديدة الصعوبة (Wollberg , 1967 , 1102) .

أما كوجل وأخرون Koegel , et als فقد أشاروا أن الأطفال الاوتيستك تظهر عليهم أعراض الانسحاب الاجتماعي ، الانطواء علي النفس ، عدم القدرة علي إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ، كما يوجد لديهم اضطراب في اللغة والقدرات الإدراكية والمعرفية ، كما أنهم يعانون من ضعف في الانتباه وعدم القدرة علي فهم التعليمات اللفظية والتحكم في الحركات الدقيقة بالإضافة إلي النشاط الحركي المفرط (Koegel , et als , 1982 , 25) .

وأشارت مارشيون Marchionne أن اضطراب الاوتيزم يحدث في الطفولة المبكرة وتتشابه أعراضه مع أعراض صعوبات التعلم Learning Disabilities والضعف العقلي Mental deficiency (Marchionne , 1982 , 36) .

كما أكدت كل من شيا وميسيبوف Shea and Mesibov أن صعوبات التعلم تتشابه مع المستوي المرتفع من الاوتيزم Higher –Level Autism في الجوانب التالية :- البروفيل الشخصي ، صعوبات اللغة ، عدم التمييز المعرفي ، صعوبات التفاعل الاجتماعي (Shea and Mesibov , 1985 , 434) .

ولكن رابطة الطب النفسي الأمريكي حددت في الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدل (١٩٨٧) , Diagnostic and Statistical Manual , DSM-111-R والرابع (١٩٩٤) DSM-IV أن الاوتيزم لا يندرج تحت صعوبات التعلم ولا تحت التخلف العقلي ولكن يصنف تحت الاضطرابات النمائية الشاملة Pervasive Developmental disorders كفئه قائمه بذاتها لها

محكات أساسية للتشخيص ، فقد ظهرت في الطبعة الثالثة المعدلة (١٩٨٧) في أربع محـــاور أساسيه هي :-

١- قصور في التفاعل الاجتماعي المتبادل .

٢- قصور كيفي في القدرة غلي التواصل اللفظي وغير اللفظي والنشاط التخيلي .

٣- محدودية الاهتمامات والأنشطة .

٤- بدء ظهور الاعراض قبل اكتمال العام الثالث من العمر

(Schwartz , 1992 , 20-21) .

أما الطبعة الرابعة لهذا الدليل (١٩٩٤) فقد أضافت إلي المحكات ضرورة الخلو من الـــهلاوس والهذاءات وأعراض الرت والاسبرجر (Roeyers , 1995 , 161) ، كما وصف ولــــف Wolf الأطفال الاوتيستك بأنهم يعانون من عجز واضح في الاتصال التفاعلي بـــالآخرين ، وعجــز واضح في النمو اللغوي وغالباً مايرددون الكلمات Echolalia ، كما أنهم غير قـــادرين علـــي استخدام الضمائر فيلقبون كلمة أنا " بأنت " ويلقبون الآخرين " بأنت " وغـــير قـــادرين علـــي التخيل أو التقليد ، كما أنهم يهتمون بممارسة سلوكيات نمطية شاذة (Wolf , 1988 ,516) .

وأشار فليسبرج Flusberg الي أنه يمكن تشخيص الاوتيزم من خلال فحص الأعراض التالية :

١- أساليب التعبير اللفظي - إن وجدت .

٢- العمليات الإدراكية والمعرفية وكيفية التعبير عنها .

٣- الانفعالات وكيفية التعبير عنها .

(Flusberg ,1992 , 165) .

أما بورتر وأخرون Porter, et als فقد أشاروا بأنه يمكن تشخيص الطفـــل بأنـــه اوتيســـتك إذا توافرت لديه الأعراض التالية :-

١- اضطراب في التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين .

٢- اضطراب في كل من الانتباه والادراك واللغة .

٣- نشاط حركي مفرط

(Porter, et als , 1992 , 61) .

وتعددت أسباب الاوتيزم بتعدد وجهات النظر والانتماءات الفكرية والنظرية للعلمـــاء ، فوفقـــاً للنظرية التحليلية افترض بتلهيم Bettalheim أن الاوتيزم ينشأ عن خبرات مبكرة غير مشـــبعة وتهديديه تجعل الطفل متبلد ومنسحب ، كما أن أباء هؤلاء الأطفال غالباً ما يكونوا شـــخصيات

وسواسية ، مهتمين بالعمليات العقلية التجريدية أكثر من اهتمامهم بالعلاقات الاجتماعيـــة مــع الآخرين (Wing , 1966, 31) .

ويتفق كانر مع هذا الاتجاه حيث يوضح أنه من الصعب الهروب من تلك النتيجة الدالة علـــي أن الاوضاع الوجدانية النسبية في الأسرة تلعب دوراً ديناميـــاً هامـــاً فـــي أصـــل الاصابـــة باضطراب الاوتيزم (Kanner , 1973 , 63) .

أما أصحاب الوجهة العضوية فيرون أن أسباب هذا الاضطراب ترجع إلي عوامـــل وراثيـــه جينية وعوامل بيلوجية تتمثل في إصابة أحد أجزاء المخ أو خلل وظيفي في المخ أو تأخر فـــي نضج الجهاز العصبي المركزي أو اضطرابات بيوكيميائية للأجهزة العصبيـــة [O'gorman , 1970 ; Schopler , 1982 ; Campbell , et als , 1991; Sahakian , et als , 1986 ; Schopler , et als , 1990]

ويرجع أصحاب الوجهة التفاعلية أن الأسباب ترجع إلي التفاعل بين العوامل جميعها والنتـــاج المشترك للاستعدادات الطبيعية الجسمية منها والوراثية بالاضافة إلي ما يحدث داخل الأســـرة من صدمات وضغوط وعوامـــل إحبـــاط وغيرهـــا [Koegel , et als , 1992 ; Krantz , McClannahan , 1993 ; Pierce , Schreibman , 1994]

وحيث أن الدراسات الأولية في مجال الاوتيزم ركزت اهتمامـــها علـــي الوصـــف الظـــاهري لسمات وأعراض حالات الاوتيزم ، ثم اتجهت الأنظار بعد ذلك للبحث عن أســـباب الظـــاهرة ذاتها ، ونظراً للغموض الذي يحيط بإعاقة الاوتيزم من كافة جوانبـــها ســـواء فـــي أســـاليب التشخيص أو التعرف علي العوامل المسببة للإصابة ، فقد إتجهت الدراســـات الحديثـــة الـــي التدخل المباشر للتشخيص والوقاية والعلاج المبكر بدلاً من التركيز علي الدراســـات النظريـــة فقط ، ولعل ذلك يؤكد ما أشار إليه فاروق صادق بأن التدخل المبكر والتفـــاعل مـــع مشـــكله تعوق الطفل من اجل تحقيق ذاته أو امكاناته في التكيف مع نفسه أو مع الآخريـــن ويجـــب أن يؤدي هذا التدخل في النهاية إلي التغلب علي المشكلة أو التقليل من أثارهـــا الســـلبية لتحقيـــق أفضل توافق ممكن بين الطفل وأسرته وبيئته (فاروق صادق ،١٩٩٣ ، ٩) .

وقد أثبتت دراسات عديدة أنه يمكن حدوث تحسن لحالات الاوتيزم من خلال التدريـــب علـــي مهارات التفاعل الاجتماعي [Koegel , et als, 1987, 1992; Koegel , Frea , 1993 ; Krantz , McClannahan , 1993 ; Myles , Simpson , 1994]

واستخدمت فنيات متعددة في تعليم الاوتيستك مهارات المحادثة والتواصل اللفظي ، فقد استخدم ماسجي وأخرون Mcgee, et als (١٩٨٦) اللعب ، واستخدام فريق آخر التدريب والتوجيه [Secan , et als , 1989, Krantz , et als, 1993] .

في حين استخدم فريق ثالث النمذجة [Charlop, Milstein , 1989 ; Macduffy , et als , 1993 ; Krantz , McClannahan , 1993]

كما أثبتت دراسات أخري جدوي تنمية مهارات السلوك الاستقلالي باستخدام فنيات (التعليمات اللفظية – النمذجة –الارشادات والتلميحات – التعزيز – ادارة الذات) يمكن أن تساهم في تحسن سلوكيات الأطفال الاوتيستك [Koegel, et als , 1992 ; Macduff , et als , 1993 , pierce , Schreibman , 1994]

وبعد أن أثبتت الدراسات أن سبب الاضطراب يكمن داخل الطفل ذاته ويمكن أن يسهم الأباء في العلاج ، فقد تغيرت نظرة المتخصصين لأباء هؤلاء الأطفال الأوتيستك ، واتجه الاهتمام الي مساهمتهم في تعليم وتدريب أطفالهم الأوتيستك ، وكانت جدوي هذا الاتجاه لها فاعليه كبيره في تحسن حالات الاوتيزم [McClnnahan, et als , 1984 ; Cohen , Donnellan , 1985 ; Love , et als , 1990 ; McClannahan , Krantz , 1993]

وقد أشار واد ومور Wade and Morre إلي أن أفضل طريقه للتدخل العلاجي في حالات الأطفال الاوتيستك هي تقديم برامج علاجيه وتربويه تساعد علي خلق بيئة صالحه للنمو الاجتماعي واللغوي والانفعالي ويشترك في هذه البرامج الأباء والأمهات والمدرسين (Wade and Morre 1994 , 165) .

وانطلاقاً من هذا التراث السيكولوجي ، فقد اتجهت الباحثة إلي تصميم برنامجين أحدهما يقدم للطفل ذاته والآخر يقدم لأسرة هذا الطفل ويتكامل البرنامجان في تحقيق هدف واحد هو تخفيف أعراض الاوتيزم لدى الأطفال الاوتيستك .

وتبدو أهمية هذه الدراسة بما يمكن أن تقدمه في مجال مشكلة هؤلاء الأطفال الذين يعانون من أعراض الاوتيزم ، فهناك :–

أ– <u>أهمية نظرية :</u>

فسوف تقدم الدراسة اطاراً نظرياً لموضوع الاوتيزم –الذي يعتبر من الموضوعات الحديثة في البيئة المصرية ، من حيث تحديد المصطلح ، نسبة شيوعه ، الأعراض ، الأسباب ، أساليب التشخيص ، أساليب التدخل السيكولوجي وهي أنساق فكريه ومبادئ نظرية هامة للمهتمين بهذا المجال تفيد في إعداد البرامج الارشادية والتوجيهية .

ب – <u>أهميه تطبيقية :</u>

تعد الدراسة من الدراسات ذات التدخل السيكولوجي في تخفيف أعراض الاوتيزم (وهو من الاضطرابات التي تناولتها دراسات قليلة) وذلك عن طريق تقديم برنامج علاجي تدريبي علي المهارات الاجتماعية وبرنامج ارشادي توجيهي للأسرة .

مشكلة الدراسة :-

رغم اختلاف تخصصات المهتمين بدراسة الاوتيزم سواء كانت تربوية نفسيه أو سـيكاترية ، الا أنهم اتفقوا جميعاً علي أن الأطفال الأوتيستك يتسـمون بقصـور واضـح فـي التفـاعل الاجتماعي مع الآخرين والتواصل اللفظي وغير اللفظي ، كما يظهرون كثير من المشـكلات السلوكية بالاضافة إلي قلة اهتماماتهم وأنشطتهم والانشغال بأنماط وطقوس سـلوكية شـاذة ، وهذه الأعراض تقف عائقاً في طريق كل من يتعامل معهم داخل الأسـرة أو فـي المراكـز والجمعيات المتخصصة لمساعدتهم ، وهذا ما يجعلهم يشعرون بالارهاق والملل ، وبالتالي قـد يقل الحماس والجهد المبذول لمساعدة هؤلاء الأطفال ، ومن جهة أخري فان هذه الأعـراض تقلل من مدي استفادة الأطفال أنفسهم من الخدمات المقدمة اليهم . بالاضافة إلي أن هذه الفئـة من الأطفال لم تأخذ حظها من الدراسات العربية ، فهذا ما دفع الباحثة إلي محاولـة تدريـب عينه من الأطفال الأوتيستك بمركزي أباء وأبناء بالقاهرة - الرجاء بطنطا من خلال برنـامجي للمهارات الاجتماعية والأرشاد الأسري بهدف تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لديهم .

وتتحدد مشكلة الدراسة التي نحن بصددها في الإجابة علي التساؤلات الرئيسية التالية :-

١- ما أثر برنامج للتدريب علي المهارات الاجتماعية في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى عينـة من الأطفال الاوتيستك ؟

٢- ما أثر برنامج توجيهي ارشادي مقدم لأسر الأطفال الاوتيسـتك فـي تخفيـف أعـراض الاوتيزم لدي أطفالهم ؟

٣- ما أثر دمج البرنامجين معاً في تخفيف أعراض الاوتـيزم لـدى عينـه مـن الأطفـال الاوتيستك؟

٤- هل يستمر تأثير البرامج المقدمة في تخفيف أعراض الاوتيزم خلال فترات المتابعة ؟

أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلي اختبار إمكانية التدخل السيكولوجي لدي عينه من الأطفال الاوتيستك باستخدام استراتيجية علاجية تعتمد علي الطفل ذاته ويستخدم فيها برنامج لتنميـة المـهارات الاجتماعية حتي يتمكن من المشاركة في النشاطات الحياتية اليومية التي تدور حوله ويخـرج من العزلة التي فرضها علي نفسه ، كما يحقق أفضل تكيف مع أسرته والبيئة المحيطـة بـه ، واستراتيجية علاجية تعتمد علي الأسرة باستخدام برنامج ارشـادي للأسـرة للتخلـص مـن انعزاليتهم ومساعدة هؤلاء الأطفال في زيادة تفاعلهم مع الآخرين مما يخفف مـن أعـراض الاوتيزم لديهم .

تحديد مصطلحات الدراسة :

تذكر الباحثة التعريفات التي سوف تعتمد عليـــها فــي الدراســة أمــا التعريفــات المختلفــة للمصطلحات فسوف ترد في الإطار النظري .

أولاً : الاوتيزم Autism

يرجع مصطلح الاوتيزم الي أصل الكلمة الاغريقية أوتوس Autos التي تعني النفس أو الذات (Roeyers, 1995, 161) .

وتتبني الباحثة تعريف ساكين وآخرون Sahakin , et als للطفل الأوتيســتك Autistic Child لأنه تعريف شامل ومعبر عن الوصف التفصيلي لسمات الأوتيستك وهو" طفل غير قادر علــي التكيف مع الجماعة ، لايهتم بردود الفعل العاطفية تجاه الآخرين بما فيــهم الوالديــن ، لديــه إنعزالية شديدة وانسحاب من الواقع المادي ، يميل إلي النمطية الشديدة في الحديث والحركـــة والاصرار علي ثبات الأشياء وعدم قبول التغير في البيئة المحيطة - حتي ولو كان طفيفـــاً ، كما أنه يتمتع بذاكره جيده للمكان والزمان " (Sahakin , et als , 1986 , 282) .

أما التعريف الاجرائي للطفل الأوتيستك المستخدم في الدراسة الحاليــة فــهو " الطفــل الــذي يحصل علي الدرجه (٣٠) أو أكثر علي مقياس أوتــيزم الطفولــة المســتخدم فــي الدراســة والحاصل علي درجة تتراوح من (٢٠ -٤٠) علي قائمة ريملاند المستخدمة في الدراسة " .

ثانياً : المهارات الاجتماعية Social Skills

تعرف الباحثة المهارات الاجتماعية في إطار الدراسة الحالية بعد الاطلاع على تعريف العديــد من الباحثين المهتمين بدراسة المهارات الاجتماعية [بيرمــان وآخــرون Bierman , et als (١٩٨٧) ، كوجل وآخرون Koegel , et als (١٩٨٧، ١٩٩٢) ، كوجل وفريــا Koegel and Frea (١٩٩٣)] بأنها :

" مجموعه من العادات السلوكية اللفظية وغير اللفظية التي ينميها البرنامج التدريبي المســتخدم في الدراسة ، والتي تحقق للأطفال الأوتيستك قدراً من التفاعل الاجتماعي الايجابي مع البيئـــة الاجتماعية يترتب عليه تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لديهم "

ثالثاً : الارشاد الأسري Family Counseling

تعرفه الباحثة في إطار الدراسة الحالية بعد الاطلاع على تعريفات عديدة للارشـــاد الأســرى أهمها تعريف ستيوارت Stewart (١٩٨٦) بأنه :

" تقديم المعاونة والمساعدة الارشادية لأسر الأطفال الأوتيستك ، وتتمثل هذه المســاعدة فــي تزويد هذه الأسر بالحقائق الهامة حول حالة طفلهم لتخفيف آثار الصدمة وتقبل الواقـــع ، ثــم

تدريبهم علي مهارات التعامل مع طفلهم الأوتيستك بشكل جيد وفعال لتخفيف حـــدة أعــراض الاوتيزم لديْ أفراد العينة " .

حدود الدراسة :

تتحدد الدراسة الحالية بالعينة المستخدمة وبالمتغيرات التي يرتكز عليها برنـــامجي الدراســـة ، كما تتحدد بالاجابة علي التساؤلات المطروحة فـــي تحديـــد المشـــكلة ، وكذلـــك بالأســـاليب الأحصائية اللابارامترية التي استخدمت في معالجة البيانات .

الفصل الثانـي

الاطار النظري

- مصطلح الاوتيزم
- أسباب الاوتيزم
- أساليب تدريب وتعليم الأطفال الاوتيستك

الفصـــل الثـــانـــى

الإطار النظري

مقدمة :

يأتلف الإطار النظرى من مجموعة من الأنســـاق الفكريـــة التـــى تتصـــل بالذاتويـــة (الاوتيزم) كالمهارات الاجتماعية والإرشاد الأسرى . وقد اهتمت الباحثة بعـــرض مصطلـــح الاوتيزم كمصطلح علمى في الدراسات الأجنبية والمشكلات العلمية التى واجـــهت اســـتقلاله ، ومحكات تشخيصه والتشخيص الفارق وبروفيل شخصية الطفل الاوتيستك، ثم كيفية قياسه .

كما تناولت الباحثة أيضاً وجهات النظر المختلفة في تفسير أسباب الاوتيزم وأســـاليب التدخـــل السيكولوجى المستخدمة مع الأطفال الأوتيستك خاصة التدريب علـــى المـــهارات الاجتماعيـــة والإرشاد الأسرى .

مصطلح الاوتيزم Autism

يعود مصطلح الاوتيزم إلى أصل كلمة إغريقية تعنى أوتـــوس Autos وهـــى تعنـــى النفس أو الذات (Roeyers, 1995,161) . وأول من أشار إلى هذا الاضطراب أو الإعاقة هـــو الطبيب النفسي كانر* حينما قدم بحثه الشهير بعنوان Autistic Disturbances of Affective Contact حيث شد انتباهه أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلاً كانوا مصنفين على أنـــهم من ذوى التخلف العقلي ، ووجد أن سلوكهم يتسم بخصائص معينة لا تتطابق مع خصـــائص فصام الطفولة ، ولا تتشابه مع التخلف العقلي في صورته التقليدية ، بل هي زملـــة أعـــراض كلينيكية مميزة لهؤلاء الأطفال فأطلق عليها زملة كانر Kanner syndrom أو اوتيزم الطفولـــة المبكرة Early Infantile Autism وقد اختار كلمة اوتيزم لأنها كلمة منفردة فـــي معناهـــا ولا تستعمل كثيراً في اللغة الإنجليزية (Kanner , 1973) .

ورغم أن كانر يعتبر أول من حدد زملة أعراض الاوتيزم ، إلا أن هـــذه الزملـــة قـــد استخدمت من قبل تحت مسميات عديدة ، فقد استخدمها بلويلر Bleuler (١٩١١) في إشـــارته لزملة أوسع بكثير للميكانزمات التي يستخدمها المرضى الفصاميين أو الأشخاص العـــاديين ، باعتبارها إحدى السمات الأولية للفصام .

---

* ليو كانر : أحد أساتذة الطب النفسى بجامعة هارفارد بأمريكا ، وهو ألمانى الأصل هاجر الى أمريكا .

ويضيف ماكدونالد Makdonald أن الاوتيزم يعنى الاستغراق فــي التخيــل المباشــر للأفكار والرغبات مع افتقاد التواصل مع الواقع (Makdonald , 1972 , 86) .

وقد استخدم هذا المصطلح في الوطن العربى تحت مسميات عديـــدة (الذهـــان ـــ التوحـــد ـــ الذاتوية – الاجترارية) تتفق مع هذا الاتجاه المؤيد بأن الاوتيزم يعتبر مرض عقلي (ذهـــان أو فصام) يمكن عرضها على النحو التالى :-

ذهان الطفولة المبكرة Infantile Autism

" هو أحد أساليب السلوك الذهانى الذي يصنف كنموذج مستقل مـــن نمـــاذج الذهـــان كإحدى نماذج الشخصية الشاذة ، يظهر لدى الأطفال تحت سن العاشرة ، ومـــن خصائصـــه ضعف القدرة على الاتصال اللفظي بالآخرين والمحاولات القوية للاحتفاظ بكل شيء كما هـــو ، وعدم الرغبة في إجراء أية اتصالات بالآخرين ، وغالبا ما يبدو الطفل الذهانى ذكيا ، ولكنـــه لا يسلك سلوكا سويا في البيئة العادية " (أرنوف ويتينج ،١٩٧١، ٢٨٨) .

الذهان الاجترارى Autistic Psychosis

يعرفه ماهلر Mahler بأنه " شكل من أشكال الذهان التطفلي فيه تكون بنية الأنا معيبـــة بنيويا ولا يستطيع الفرد أن يحافظ على العلاقة التكافلية مع أمه . والطفل يتبنـــى الاجتراريـــة كدفاع ضد المثيرات الخارجية والداخلية " (جابر عبد الحميد ، علاء كفا في ، ١٩٨٨، ٣١٧) .

الاجترارية Autism

" هى انسحاب الفرد من الواقع الموضوعى إلى عالم خاص من الخيـــالات والأفكـــار وفي الحالات المتطرفة توهمات وهلوسات . وقد اعتقد أن الاجترارية هي الخاصيـــة الأولـــى للفصام ، ولكنها تلاحظ الآن في اضطرابات أخرى مثل زملة كانر وبعض حالات الاكتئـــاب " (جابر عبد الحميد ، مرجع سابق ، ٣١٥) .

الاجترار الذاتي أو الاجترار العقلي Autism

اصطلاح يستخدم في الطب النفسي وعلم النفس للإشارة إلى أنه " أسلوب من الخـــبرة والتفكير والحياة النفسية ، يحل فيه الواقع النفسي محل الواقع المادي ، وتقوم فيـــه المشـــاعر الوجدانية والحاجات الفردية الذاتية مقام الوقـــائع الماديـــة والصـــلات الواقعيـــة المنطقيـــة " (إبراهيم مد كور ،١٩٧٥، ١٢) .

التوحد Autism

" هو نوع من التفكير يتميز بالاتجاهات الذاتية آلتي تتعارض مع الواقع ، والاستغراق في التخيلات بما يشبع الرغبات آلتي لم تتحقق " (أحمد بدوي ،١٩٨٢،٣٢) .

كما يقصد به :

١ــ أنه تفكير محكوم بالحاجات الشخصية أو بالذات .

٢ــ إدراك العالم الخارجي من خلال الرغبات بدلاً من الواقع .

٣ــ الانكباب على الذات والاهتمام بالأفكار والخيالات الذاتية (فاخر عاقل ، ١٩٨٨، ٤٥) .

الانشغال بالذات Autism

" مصطلح أدخله بلويلر ليصف به إحدى السمات الأولية للفصام ، والانشغال بالذات اكثر من الانشغال بالعالم الخارجي ، وهو حركة العملية المعرفية فى اتجاه إشباع الحاجة " (عبد المنعم الحفني ،١٩٧٨، ٨٠ـ٨١) .

الاضطراب الذاتي Autistic disorder

" هو صفة تميز تفكير الفصامي " (عبد الرحمن العيسوى ١٩٩٠، ٣٨٧) .

الذاتوية Autism

" مصطلح وضعه بلويلر عندما رآه عرضا مميزاً لمرض الفصام ، وهو يشير إلى تلك الحالة من الانطواء التام على الذات وتحقيق اللذة في تلك التخيلات آلتي تحقق رغباته الذاتية مهما كانت بعيدة عن الواقع " (فرج عبد القادر ،١٩٩٣، ٣٤) .

الذاتية Autism

" يقصد بها أيضا غلبة رغبات الفرد الخاصة على الموضوعية في إدراكه وتفكيره "

(فؤاد أبو حطب ، ١٩٨٤، ١٨) .

الفصام الذووى Autism

" هو حالة اضطراب عقلي يصيب الأطفال وعلى الرغم من مظهر الأطفال الطبيعي إلا أنه يلاحظ عليهم عدم الميل إلى غيرهم من الأطفال بشكل طبيعي ، بالإضافة إلى تميزهم

بالاضطراب السلوكي والاجتماعي ، والانفعالي والذهني ، واعتبرت هذه الحالة من حالات فصام الطفولة " (رمضان القذافي ، ١٩٩٣ ، ١٥٩) .

فيذكر محمد عشيش بأن هذا الاعتقاد مازال سائدا في بلاد كثيرة منها (فرنسا – ألمانيا – النمسا – تونس) فيتعاملون مع حالات الاوتيزم على أنها مرض عقلي ، وأنصار هذا الاتجاه Bleuler , 1911 ; Neil , Glessry , 1936 ; Asperger ,1944 (محمد عشيش ، ١٩٩٣ ، ٤٠) .

ويؤيد كامبل وآخرون Campbell ,et als هذا الاتجاه باعتبارهم الاوتيزم خلل عضوي عصبي في وظيفة المخ وأن الأعراض تختلف في نوعها وحدتها من طفل إلى آخر تبعا لنوع ومكان الإصابة (Campbell ,et als , 1991 , 344) .

في حين أن محمد الدفراوى يرى أن الاوتيزم لا يمكن وصفه بالذهان للأسباب التالية :-

١- أن الطفل في عمر(٢ ، ٣ ، ٤) سنوات في مرحلة نموه الأولى لم ينته من نموه العقلي والادراكى ، والذهان هلاوس وأوهام أو اضطرابات في الواقع كما يراه .

٢- النمو العقلي واللغوي للطفل الاوتيستك يحدث له نوع من التوقف ، ولا يستطيع الطفل التعبير عن خبراته الداخلية ، وآلتي تشكل جزءاً أساسياً في تشخيص الذهان .

٣- الأدوية والعقاقير آلتي تفيد في حالات الذهان عموماً لا تفيد الأطفال الاوتيستك (محمد الدفراوى ، ١٩٩٣، ١٠٥) .

ويؤيد هذا الرأي ما ذكره جولدستاين وآخرون Gold stein , et als عن وجود نوعان أساسيان للاضطرابات النفسية في الطفولة أولهما الاوتيزم الذي يظهر في الطفولة المبكرة منذ الميلاد حتى سنتين ونصف ، وثانيهما الفصام Schizophrenia والذي يتأخر ويظهر في الفترة من (٥-١١) سنة(Gold stein , et als , 1996) .

ويرى فريق آخر من العلماء أن الاوتيزم يندرج تحت فئة الاضطرابات الانفعالية ، فقد أشارت مارشيون إلى أن اضطراب الاوتيزم يحدث في الطفولة المبكرة ويعود إلى أسباب نفسية واجتماعية أكثر من الناحية البيولوجية ، وأن أعراض هذا الاضطراب تتشابه مع أعراض صعوبات التعلم Learning Disabilities والضعف العقلي Mental Deficiency (Marchion ,1982 , 35) .

وقد وضع هوبسون Hobson تصوراً للاوتيزم بأنه اضطراب انفعالي ينتج عنه اضطرابات اجتماعية مع الآخرين (Hobson ,1986 , 322) .

و اتفق كل من Hobson ,1986; Jordan , Poweller , 1990 , Miller , 1990 ; Alcentara (1994,على أن الاوتيزم يعتبر من الاضطرابات الانفعالية ، وأن خصائص الأطفال الاوتيستك تظهر في ثلاث مجالات من الاضطراب هي التعبير الانفعالي ، التواصل اللغوي ، السلوك الاجتماعي (Alcentara ,1994 , 4) .

وأكدت دراسات عديدة أن هناك تشابها بين أعراض صعوبات التعلم والمستوى المرتفع من الاوتيزم في الجوانب التالية (البروفيل الشخصي – صعوبات اللغة – عدم التمييز المعرفي – صعوبات التفاعل الاجتماعي) وهذا التشابه قد يجعل كليهما على متصل واحد (Marchion ,1982 ; Johnson , et als ,1992) .

كما أوضحت دراسات أخرى أن هناك تشابها بين أعراض الاوتيزم والتخلف العقلى ، ولكن يمكن التمييز بينهم عن طريق فحص العمليات الإدراكية ، التعبير اللفظى ، التعبير الإنفعالى ; (Marchionne , 1982 ; Barthelemy , et als , 1992 ; FluSberg , 1992 ، حسني حلوانى ١٤١٦هـ) .

وقد قدم قسم الصحة النفسية والاضطرابات النمائية بولاية ألينويز Illinois state Department of Mental Health and Development Disability في يناير (١٩٨٧) تقريرا أوضح فيه أن الاوتيزم يختلف عن التخلف العقلى وتضمن التقرير أيضا جوانب الضعف في النمو اللغوى والاجتماعي والانفعالي ، وأنه يزداد حدوثه بين الذكور أكثر من الإناث .

ويضيف رمضان القذافي أنه بالرغم من اعتبار الاوتيزم إحدى حالات الفصام سابقا ، إلا أنه بفحص الأعراض المميزة للاوتيزم وثبات خلوها من الخيالات والهذاءات ، فهذا جعل العلماء يعترفون بها كحالة قائمة بذاتها . كما تم استبعاد فكرة التخلف الذهنى لتمييز المصابين ببعض المهارات التى لا توجب اعتبارهم من المتخلفين ذهنيا ، وتتميز هذه الحالة بعدم القدرة على الانتماء للآخرين حسيا أو لغويا والاضطراب في الإدراك ، مما يؤدى إلى عدم القدرة على الفهم أو التواصل أو التعلم أو المشاركة في الأنشطة الاجتماعية (رمضان القذافي ، ١٩٩٣ ، ١٥٩) .

وقد حددت رابطة الطب النفسى الأمريكى في الدليل التشخيصى الإحصائى الثالث المعدل DSM-III-R Diagnostic and Statistical Manual (١٩٨٧) و الرابع DSM -IV (١٩٩٤) أن الاوتيزم لا يندرج تحت صعوبات التعلم ولا تحت التخلف العقلى ولكنه يصنف تحت الاضطرابات النمائية الشاملة أو المزمنة .

ويؤيد هذا الرأى كثير من العلماء والباحثين الذين قدموا تعريفات للاوتيزم تعنى أنـــه إحدى الإعاقات النمائية الشاملة ويمكن عرضها على النحو التالي :-

يعرفه **لويس وفولكمير** Leuis , Volkmer بأنه " اضطراب واضح فـــي النمـــو الاجتمـــاعي واللغوى مصحوب بأنماط سلوكية نمطية " (Leuis , Volkmer , 1990 , 343) .

وتعرفه **ماريكا** Marica بأنه " زملة أعراض سلوكية تعبر عن الانغلاق علـــى النفس والاستغراق في التفكير وضعف القدرة على الانتباه ، وضعـــف القـــدرة علـــى التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين فضلا عن وجود النشـــاط الحركـــى المفرط " (Marica , 1990 , 34) .

ويشير **أوزنوف وآخرون** Oznoff ,et als إلى أن الاوتيزم عبارة عن " زملة أعـراض تمثل عجز أو اضطراب لجوانب نمائية أساسية ومتعددة لدى الطفل "

(Oznoff ,et als , 1991 , 1082) .

أما **جيلبرج** فيرى أن الاوتيزم عبارة عن " زملة أعراض سلوكية تنتج عن أســـباب متعـــددة وغالباً مصحوبة بنسبة ذكاء منخفضة ، و شذوذ في التفاعل الاجتماعي و شذوذ في التواصـــل اللفظى وغير اللفظى (Gillberg ,1990 ,111) .

و يعرف في الدليل الطبى العالمى لتصنيف الأمراض في طبعته العاشرة (I C D -10)

(International Clasification of diseases -10) بأنه " مجموعة مـــن الاضطرابـــات تتمـــيز باختلالات كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وفي أنماط التواصل ومخـــزون محـــدود ونمطى ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات وتمثل هذه الغرائب الكيفية سمة شائعة فـــي أداء الفرد في كل المواقف وتنتشر بنسبة (١٠ - ١٥) طفل في كـــل عشـــرة آلاف ولادة حيـــة " (Schwartz , 1992 , 19) .

ويعرفه **داين** Dianne بأنه " قصور في العلاقات الاجتماعية والتطور اللغوى والإصرار علـــى الأفعال النمطية والروتين اليومى " (Dianne , 1992 , 7) .

أما التعريف الدقيق الذى جاء في الدليل التشخيصى الاحصائى الرابـــع (DSM- IV) ينص على أنه " حالة من القصور المزمن في النمو الارتقائى للطفل يتميز بـــانحراف وتـــأخر في نمو الوظائف النفسية الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعيـــة واللغويـــة وتشـــمل الانتباه ، الإدراك الحسي ، النمو الحركى وتبدأ هذه الأعراض خلال السنوات الثلاث الأولـــى

، ويصيب حوالي خمس أطفال في كل ١٠،٠٠٠ ولادة حيـة وبنسـبة أكـبر بيـن الذكـور عن الإناث كنسبة (٤ : ١) ويحدث في كل المجتمعات بصرف النظر عن اللـون والأصـول العرقية أو الطائفية أو الخلفية الاجتماعية ، ولم يكتشف حتى الآن عوامل سـيكولوجية بيئيـة مسببة للإصابة بالاوتيزم ، بل يغلب الظن بأن العوامل المسببة ذات جذور عضوية في المـخ والجهاز العصبى المركزى " (Roeyers , 1995 , 161) .

ويعرفه **شارون نيورث وآخرون** Sharyn Neuwirth , et als بأنه " اضطراب عقلي ينتج عنه قصور في القدرة على التواصل وتكوين علاقات مع الآخرين واصدار استجابات غير ملائمة اجتماعيا . وبعض الأفراد الاوتيستك ذوي المستوى الوظيفى المرتفع (ذوي الاعاقة الخفيفة) يقترب مستوى الذكاء والمحادثة لديهم من العاديين .آخرون لديهم تخلف عقلي ، خرس أو تأخر لغوي . البعض يفرض على نفسة عزلة شديدة ، وينغمس في الانشغال بإصدار سلوكيات نمطية كما يتسم تفكيرهم بالجمود والتصلب " (Sharyn Neuwirth , et als,1999,3)

ويؤكد شارون وآخرون بأنه ليس من الضروري أن تجتمع نفس الأعراض وجوانب القصور السابقه في كل الأفراد الاوتيستك ، ولكن من المؤكد اشتراكهم في وجود مشكلات اجتماعية ، تواصلية ، حركية وحسية .

يتضح مما سبق ، جهود العلماء في التعرف على الوصـف الدقيـق لمصطلـح الاوتـيزم كإعاقـة نمائية ، وعلى الجانب الآخر ظهرت ترجمات عديدة منها (الذاتوية ، التمركزالذاتى ، الذاتيـة ، التوحـد ، الانفرادية) وفي مجملها تعنـي أنه اضطراب نمائى ، ويمكن عرضها على النحو التالي :-

التوحد Autism

" هو اضطراب سلوكى يتمثل في عدم القدرة على التواصل ويبدأ في أثنـاء الطفولـة المبكرة وفيه يتصف الطفل بالكلام عديم المعنى وينسحب داخل ذاتـه وليـس لديـه اهتمـام بالأفراد الآخرين " (عادل الأشول ، ١٩٨٧ ، ١١٢) .

" هو مصطلح يستخدم لوصف إعاقة من إعاقات النمو تتميز بقصور فـي الإدراك وتـأخر النمو ونزعة إنطوائية إنسحابية تعزل الطفل عن الوسط المحيط بحيث يعيش منغلقاً على نفسه لا يكاد يحس بما حوله ومن يحيط به من أفراد أو أحداث أو ظواهـر " (عثمـان فـراج ، ١٩٩٤ ، العدد (٤) ، ٣) .

التمركزالذاتى Autism

" اضطراب من اضطرابات الطفولة يجعل صاحبه غير قادر علـــى التواصـل مـــع الآخرين و يميل إلى الانسحاب من المواقف الاجتماعية " (فتحى عبد الرحيم ، ١٩٩٠ ، ٥٠٥) .

الانفرادية الانعزالية Autism

" حالة لا يتواصل الأولاد فيها مع الآخرين ، ومكونات لغتهم قليلة جـــداً ، والطفـل الانفرادي ممكن أن يكون في أي مستوى من الذكاء فقد يكون طبيعيا أو بارعاً جداً أو متخلفـــا عقليا " (كريستين مايلز ،١٩٩٢،١١٨) .

الذاتوية الطفولية Childhood Autism

" نوع من الاضطراب الارتقائي المنتشر يعرف بوجود ارتقاء غير طبيعي يتضـــح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات ، ويتميز بالأداء غير الطبيعي فـــي التفـاعل الاجتمـاعي ، التواصل والسلوك النمطي بالإضافة إلى وجود مشكلات متعددة وغير محدودة مثل الرهــــاب واضطرابات النوم والأكل ونوبات الهياج والعدوان الموجه نحو الذات " (أحمـــد عكاشـــة ، ١٩٩٢ ، ٦٤٢) .

الاضطراب الذاتوي Autistic disorder

يتميز هذا الاضطراب " بشذوذات سلوكية تشمل ثلاث نواحي أساســـية مـــن النمـــو والسلوك وهي خلل في التفاعل الاجتماعي ، خلل في التواصـــل و النشـــاط التخيلـــي ، قلـــة ملحوظة للاهتمامات والأنشطة "(محمود حموده ، ١٩٩٣ ، ٩٨) .

الطفل المنطوي على ذاته Autism

يتميز " بزملة اضطرابات مجهولة السبب تؤدى إلى إعاقات متعـــددة ومختلفـــة عـــن الاضطرابات التي تؤثر في النواحي المعرفية مثل التأخر العقلي ، التأخر الدراسي ، التـــأخر اللغوي ، المشاكل الانفعالية ، مشاكل في البصر والسمع " (محمد الدفراوى ، ١٩٩٣ ، ١٠٢) .

بعد العرض السابق للاتجاهات المختلفة في تعريف مصطلح الاوتيزم وهل هو مـــرض عقلي أم إعاقة عقلية أم اضطراب انفعالي أم اضطراب نمائي ، والترجمات العربية المتعـــددة للمصطلح وتستخلص الباحثة من هذا العرض أنه من الأفضل الاحتفاظ بالاصطلاح الأصلـــي وهو " الاوتيزم " حتى يحدث اتفاق على الاصطلاح المقابل في اللغة العربية ــ هذا من ناحيـة التسمية ، أما من ناحية مضمون المصطلح فيعتبر من إعاقات النمو المزمنة التي ينتج عنـــها اضطرابات واضحة في جوانب النمو المختلفـــة (الحركـــي ــ الاجتمـــاعي ــ الانفعـــالي ــ اللغوي) والمصحوبة بأنماط سلوكية نمطية شاذة ، كما أن هذه الأعراض تظهر فـــي الثـــلاث

سنوات الأولى من عمر الطفل ، و يكثر حدوثه بين الذكور عن الإناث ، ومع أن أعراضه تتشابه مع أعراض إعاقات أخرى كالفصام ، التخلف العقلي ، صعوبات التعلم ، إلا أن الدليل التشخيصي الإحصائي الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكي يميز بين كافة هذه الإعاقات بوضع محكات ومعايير تشخيصية واضحة لكل منها ، و سوف نتعرف على ذلك في مكان لاحق من هذا الفصل تحت عنوان " التشخيص الفارق " .

صعوبات التشخيص :

لا زال تشخيص الاوتيزم يواجه العديد من الصعوبات من أجل الوصول إلى تشخيص دقيق لفئة الأطفال الاوتيستك وذلك من خلال العرض السابق لتفسير مفهوم المصطلح والاتجاهات المختلفة في التفسير ويمكن عرضها في النقاط التالية :-

١- التباين الواضح في الأعراض من حالة لأخرى من حالات الاوتيزم ، كما أن بعض الأطفال حتى غير المعوقين قد نجد في سلوكياتهم بعضاً من سمات الاوتيزم والتي تظهر في بعض الأحيان ولفترات محدودة وبهذا فهم قطعاً ليسوا أوتيستك ، ومن هنا تحدث أخطاء جسيمة في التشخيص فيحكم على الطفل أنه اوتيستك وهو ليس كذلك .

٢- اختلاف الآراء وعدم الاتفاق على العوامل المسببة لهذه الإعاقة فهل هي وراثية جينية أم نفسية أم بيوكيميائية أم اجتماعية أم نتيجة لتفاعل هذه العوامل أم نتيجة لعوامل أخرى لازلنا نجهلها تماماً .

٣- تشابه أعراض الاوتيزم مع أعراض إعاقات أخرى مثل التخلف العقلي ، الفصام ، الذهان ، الصرع ، الصمم ، إعاقات التخاطب .

٤- عدم وجود أدوات أو اختبارات مقننة للقياس والتشخيص على درجة عالية من الصدق والثبات (عثمان فراج ، ١٩٩٥) .

٥- ندرة انتشار حالات الاوتيزم التي يكشف الفحص الدقيق عنها .

٦- حداثة البحوث التي تجرى على هذه الفئة فتعتبر البحوث التي اهتمت بدراسة الاوتيزم حديثة نسبيا بالمقارنة بغيرها من الإعاقات الأخرى ، كما أن معرفتنا بهذه الإعاقة في مصر بدأت بدرجة محدودة في أواخر السبعينات و بدرجة أكثر تحديدا منذ عشر سنوات فقط (محمد الدفراوى ، ١٩٩٣) .

٧- عدم قدرة الطفل الاوتيستك على الاستجابة على الاختبارات المقننة لقياس قدراته العقلية ، وذلك بسبب العجز الشديد لنمو قدرات اتصاله بالبيئة المحيطة كما لو أن عائقا أوقف جهازه العصبى عن العمل (عثمان فراج ، ١٩٩٥) .

محكات التشخيص :-

و بالرغم من الصعوبات التي واجهت عملية تشخيص حالات الاوتيزم ، إلا أن العلماء والباحثين حاولوا التغلب عليها بوضع مجموعة من المعايير والمحكات الأساسية التى تشخص على أساسها حالات الاوتيزم .

ومن أقدم وأول هذه المعايير تلك التي وضعها كانر وكررها في كتاباته المتعددة من (١٩٤٣ ـ ١٩٧٠) ثم لخصها في كتابه الشهير ذهان الطفولة (١٩٧٣) ، وهى كالتالي :-

١- سلوك انسحابي انطوائي شديد ، وعزوف عن الاتصال بالآخرين .

٢- التمسك الشديد بمقاومة أي تغيير في البيئة الفيزيائية المحيطة به من حيث المأكل ، والملبس ، ترتيب الأثاث ، روتين الحياة اليومية .

٣- يفضل التعلق والارتباط بالأشياء والتعاطف معها خلال الفترة من (١٤ ـ ١٨) شهرا من العمر أكثر من الارتباط بالناس جميعاً بما فيهم أبويه وأخواته .

٤- عدم القدرة على الكلام ويظهر كأنه أصم وأبكم أو يتكلم بلغة مجازية أو همهمة غير مفهومة لا جدوى منها في تحقيق الاتصال بالآخرين .

٥- عدم ظهور الهلاوس والهذاءات في سلوكه ، كما أنه يتمتع بصحة جيدة .

٦- رغم كل جوانب القصور التي تميز الطفل الاوتيستك ، إلا أنه أحيانا يأتى ببعض الأعمال التي تنم عن قدرات غير عادية كأن يقوم بعملية حسابية معقدة أو يبدى مهارة في الرسم والموسيقى أو الغناء بشكل طفرات فجائية ، أو يتذكر خبرة قديمة حتى ولو كانت بلغة أجنبية لا يتقنها (Kanner , 1973) .

بعد عرض كانر لهذه المحكات ظهرت محاولات علمية أخرى للتوصل إلى تشخيص أكثر دقة للاوتيزم على يد كل من سيلان ، يانيت selsin , yannet وتم نشرها في دورية بحوث الطفولة عام (١٩٦٠) وهي كالتالي :-

١- اضطراب واضح في الشخصية يتسم بالانغلاق على الذات وعدم الانتماء الاجتماعي للآخرين .

٢- غياب العجز أو القصور الحركي الذى يميز معظم حالات الأمراض الذهانية الشديدة .

٣- بدء ظهور أعراض الاوتيزم في خلال العامين الأول والثانى من العمر

(عثمان فراج ، ١٩٩٦، العدد (٤٥) ، ٣) .

وحدد فتحى عبد الرحيم أعراض الاوتيزم فيما يلى :-

١- الانفصال الشديد عن الواقع .

٢- القصور في تطوير علاقات انفعالية واجتماعية مع الآخرين .

٣- الترديد الآلي للكلمات والمقاطع .

٤- معارضة التغيير في الحياة الروتينية .

٥- تكرار الأفعال والأقوال بطريقة نمطية .

(فتحى عبد الرحيم ، ١٩٩٠ ، ١٧٠) .

ومع كثرة الأبحاث والدراسات لكشف أسرار الاوتيزم ، فقد قدم الدليل التشخيصى والإحصائي للأمراض العقلية الذى يصدره الاتحاد الأمريكي للأطباء النفسيين في طبعته الثالثة (١٩٨٠) (DSM -III) خمس محكات أساسية لتشخيص حالات أوتيزم الطفولة المبكرة Infantile Autism ، وإن كان هذا الدليل لم يتضمن أي إشارة لهذه الحالات في طبعتيه الأولى (١٩٥٢) والثانية (١٩٦٨) .

ويمكن عرض محكات تشخيص الاوتيزم كما جاءت في (DSM-III) على النحو التالى:-

١- قصور في الاستجابة للمثيرات الاجتماعية ، تجنب المبادأة أو التفاعل مع الآخرين وتقليد سلوكهم والشعور بوجودهم والتعرف عليهم والتمييز بينهم وتجنب النظر في عيون الآخرين وعدم القدرة على فهم ما تعبر عنه عيون الآخرين من الانفعالات .

٢- قصور لغوى تام أو اضطراب غير طبيعى في الكلام مثل الترديد الآلي Echolalia ، اللغة المجازية وعكس الضمائر "أنت" بدلاً من "أنا " .

٣- قلة الاهتمامات والأنشطة التى يمارسها ومقاومة التغيير، التعلق بأشياء تافهة .

٤- عدم وجود هذاءات أو هلاوس أو فقدان الترابط وعدم التفكك في التفكير كما في حالات الفصام.

٥- ظهور هذه الأعراض قبل بلوغ الطفل ثلاثين شهراً

(American psychietric Asiciation , 1980 , 28) .

وذكر كوجل وآخرون أن أهم الأعراض التي يتم على أساسها تشخيص حالات الاوتيزم هي:-

١- قصور اجتماعي يتمثل في الانسحاب الاجتماعي ، الانطواء على النفس وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين .

٢- قصور لغوى يتمثل في وجود اضطرابات في القدرات المعرفية و الإدراكية ، ضعف وتشتت الانتباه وعدم القدرة على فهم التعليمات اللفظية .

٣- عدم القدرة على التحكم في الحركات الدقيقة .

٤- النشاط الحركي المفرط .

(Koegel , et als , 1982) .

أما سبيتزر Spitzer فذكر أن أعراض الاوتيزم تنحصر في العناصر الثلاثة الرئيسية التالية :-

١- اضطراب كيفى في التفاعل الاجتماعي .

٢- اضطراب في النشاط التخيلي والقدرة على التواصل اللفظى وغير اللفظى .

٣- الانغلاق على النفس وعدم الاهتمام بالأحداث والمنبهات الخارجية .

(Spitzer , 1987) .

وأوضح التقرير الذى وضعه قسم الصحة النفسية والاضطرابات النمائية في ولاية ألينويز (١٩٨٧) وصفاً لخصائص الاوتيزم وهي ضعف أو قصور في جوانب النمو (اللغوي ، الاجتماعي ، الانفعالي) .

وبملاحظة المحكات التي ظهرت لتشخيص الاوتيزم منذ أن بدأها كانر (١٩٤٣) وحتى عام (١٩٨٧) نجد أنها تقريباً تعبرعن ضرورة توافر قصور أو عجز في جوانب النمو

المختلفة خاصة النمو (الاجتماعي ، اللغوي ، الانفعالي ، الحركي) ، أما الاختلاف الواضح فكان في تحديد العمر الزمنى الذى تظهر فيه هذه الأعراض ، فنجد أن كانر حدده في الفترة من (١٤-١٨) شهرا ، أما سيلان و ياينت فذكرا أن بدء ظهور الأعراض يكون خلال العامين الأول والثانى من العمر وهو تقريبا ما حدده كانر ، أما الدليل التشخيصى الإحصائي الثالث (١٩٨٠) فقد مد هذه الفترة حتى قبل انتهاء الثلاثين شهرا الأولى من العمر ، والبعض الآخر لم يهتم بتحديد زمن بدء الأعراض ، ومع قبول هذه المحكات من كثير من العاملين في المجال ، إلا أنها تعرضت للنقد وكان أهمها إطلاق صفة الطفولة على الاوتيزم Infantile Autism فقد ثبت وجود حالات لا يبدأ ظهور أعراضها إلا بعد (٣٠) شهرا من الولادة ، و لهذا تم تعديل التسمية فى الطبعة الثالثة المعدلة للدليل التشخيصى و الإحصائي للأمراض العقلية عام (١٩٨٧) فظهر الاوتيزم كنوع قائم بذاته مع إلغاء طفولى Infantile ، واعتبر إحدى إعاقات النمو المنتشرة أو الشاملة Pervasive Developmental Disorders (P.D.D.) وقد احتوى هذا الدليل وصفا تفصيليا لمحكات تشخيص الاوتيزم ، وجاءت في ثلاث مجموعات ، بشرط أن يتوافر ثمانية أعراض من الستة عشر التي هي مجموع الأعراض التي وردت في الثلاث مجموعات ، على أن يكون اثنين على الأقل من

المجموعة (أ) ، واحد على الأقل من كل من المجموعتين (ب) ، (ج) بالإضافة إلى شرط المجموعة الرابعة المتعلق ببدء ظهور الأعراض .

وفيما يلى عرضا تفصيليا لهذه المجموعات التي تمثل محكات تشخيص الاوتيزم كما جاءت في (DSM -III – R) :-

(أ) عدم القدرة على التفاعل الاجتماعي المتبادل وتتمثل في :-

١- قصور واضح في فهم مشاعر وأحاسيس الآخرين والتعامل معهم كقطع أثاث .

٢- عدم البحث عن الراحة وقت التعب ،عدم طلب المساعدة من الآخرين وقت الخطر .

٣- غياب القدرة على التقليد .

٤- عدم الرغبة في اللعب مع الآخرين وتفضيل اللعب منفردا .

٥- عدم القدرة على تكوين صداقات مع الرفاق ، وعدم الاهتمام بالعلاقات الاجتماعية .

(ب) قصور نوعى في القدرة على التواصل اللفظى و غير اللفظى و النشاط التخيلي وتتمثل في:-

١- عدم القدرة على التواصل لغوياً بالآخرين ، يظهر ذلك في الكلام غير المعبر ، ترديد اللغة المنطوقة .

٢- عدم القدرة على التواصل غير اللفظى تظهر في نظرات العين ، فقدان الابتسامة، تعبيرات الوجه ، الإيماءات والحملقة الثابتة في المواقف الاجتماعية .

٣- قصور واضح في النشاط التخيلي يظهر في اللعب التمثيلى لأدوار الكبار والشخصيات الخيالية وعدم الاهتمام بالروايات الخيالية .

٤- شذوذ واضح في الحصيلة اللغوية يتضح في الكم والإيقاع والأداء

٥- شذوذ واضح في تركيب الجمل و مضمون التخاطب وترديد الكلمات المسموعة .

٦- شذوذ واضح في القدرة على بدء الحديث مع الآخرين أو استمراره ، ٥٠ % من الاوتيستك لا يتكلمون .

(ج) محدودية الأنشطة والميول والاهتمامات تتمثل في :-

١- حركات للجسم نمطية قسرية مثل رفرفة اليدين ، الدوران في حركات دائرية ، ضرب الرأس .

٢- الاندماج في التعامل مع أجزاء الأشياء أو الأدوات مثل سلسلة مفاتيح ، شم الأشياء بدلاً من النظر إليها ، حمل ورقة أو قطعة خيط أو شريط نيجاتيف أو زجاجة شامبو فارغة .

٣- استجابات سلوكية شديدة العنف تجاه أي تغيير في البيئة المحيطة مثل تغيير وضع فازة من مكان للآخر ، فتحدث ثورة غضب يترتب عليها إيذاء للنفس أو الغير .

٤- إصرار والتزام شديد بالتفاصيل الدقيقة في الروتين اليومى من حيث ، المأكل ، الملبس ، اللعب ، الحركة ، الإصرار على الأساليب المعتادة عند الخروج في جولة للشراء .

٥- نقص ملحوظ في الاهتمامات و الأنشطة التي يندمج فيها مع أقرانه مثل الاهتمام بترتيب الأشياء في صفوف وعواميد مما يمنع استخدامها في نشاطات هادفة .

(د) بدء ظهور هذه الأعراض قبل اكتمال العام الثالث من العمر

. (Schwartz , 1992 , 20-21)

وقد تشابهت هذه المحكات مع ما جاء في الدليل الطبى العالمى لتصنيف الأمراض في طبعته العاشرة (ICD - 10) من محكات تشخيصية للاوتيزم تتمثل في الآتى :-

١- قصور نوعى في التفاعل الاجتماعى المتبادل .

٢- قصور نوعى في التواصل .

٣- نماذج محدودة ومكررة ونمطية من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة.

٤- شذوذ واضح في النمو يتضح وجوده في الثلاث سنوات الأولى من العمر (Campbell , et als , 1991 , 327 ; Schwartz ,1992 , 19) .

وقد حدد المنهج القومى البريطانى Britains National Curriculum أعراض الاوتيزم في الجوانب التالية :-

١- قصور في التواصل اللفظى وغير اللفظى .

٢- افتقاد الإحساس الاجتماعي .

٣- مقاومة التغيير .

(Jardon , Powell , 1990) .

كما توصل بارون - كوهين Baron -Cohen من خلال تسع دراسات قام بها حول موضوع الاوتيزم إلى وضع محكات تشخيصية للاوتيزم هي :-

١- قصور في التفاعل الاجتماعى .

٢- قصور في فهم الانفعالات .

٣- قصور في النمو اللغوي .

٤- تكرار الأفعال بطريقة نمطية .

(Baron -Cohen , 1991) .

أما فلسبرج Flusberg فذكر أنه يمكن تشخيص الاوتيزم من خلال الأعراض التالية :-

١- التعبير اللفظى واستخدام بعض الكلمات الشائعة .

٢- العمليات الإدراكية والتعبير عنها .

٣- الانفعالات والتعبير عنها .

٤- العمليات المعرفية .

(Flusberg , 1992) .

وأوضح بورتر وآخرون Porter , et als أنه يمكن تشخيص الطفل بأنه اوتيستك إذا توافرت لديه الأعراض التالية : -

١- اضطراب في التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين .

٢- نشاط حركى مفرط .

٣- اضطراب في كل من الانتباه واللغة والإدراك .

(Porter , et als , 1992) .

ورغم البحوث المتعددة التي أجريت منذ أواخر الثمانينيات وأوائل التسعينات من أجل الوصول إلى تشخيص دقيق للاوتيزم ، فإن الاتحاد الأمريكي للأطباء النفسيين قام بمراجعة الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية في طبعته الثالثة المعدلة الصادرة عام (١٩٨٧) لإضافة بعض التعديلات إليها كى تكون المرجع الدقيق وتم ذلك التعديل فى الإصدار الرابع لهذا الدليل (D S M - I V) عام (١٩٩٤) ، وقد لخص رويارز (١٩٩٥) محكات تشخيص الاوتيزم الواردة في هذا الدليل كما يلى :-

١- افتقاد الاستجابة للآخرين .

٢- قصور فى التواصل اللفظى وغير اللفظى .

٣- قصور واضح في النمو اللغوي .

٤- مقاومة التغيير و الإصرار على الروتين .

٥- ضعف فى القدرة العقلية .

٦- قصور في فهم الانفعالات .

٧- قصور شديد و ملحوظ في الأنشطة و الاهتمامات .

٨- عدم ظهور أعراض الرت Rett أو الاسبيرجر Asperger's .

٩- عدم ظهور الهلاوس و الهذاءات و تفكك التفكير وهي الأعراض المميزة للفصام .

١٠- بدء ظهور أعراض الاوتيزم قبل اكتمال العام الثالث من العمر (Roeyers , 1995 , 161-162) .

وأخيرا فقد حدد **شارون نيورث وآخرون** محكات تشخيص الاوتيزم فيما يلي :-

١- قصور محدد في العلاقات الاجتماعية .

٢- نمو أولي (عدم الوصول لمستوى النمو الطبيعي) لمهارات التواصل .

٣- سلوكيات نمطية تكرارية ، اهتمامات وأنشطة محدودة .

ضرورة ظهور هذه الأعراض قبل اكتمال العام الثالث من العمر .

(Sharyn Neuwirth , et als , 1999,10) .

نسبة الانتشار Prevalence

تتحدد نسبة انتشار الاوتيزم طبقا لمعايير التشخيص التي تتبناها المجتمعات المختلفة ، ففي دراسات لوتر Lutter (١٩٨٦) ، لورد سكوبلر Lord , Scopler (١٩٨٧، ١٩٨٩) التي اعتمدت في تشخيص حالات الاوتيزم على معايير (DSM -III) كانت نسبة الإصابة بالاوتيزم حوالي (٢: ٥) حالات لكل ١٠,٠٠٠ ولادة حية ونسبة الإصابة في الذكور أكثر من الإناث بمعدل (٣ أو ٤ مرات : ١) والسبب في الإصابة غير معروف (D ianne , 1992 , 8) .

أما دراسات كانر التي بدأت في الأربعينات وحتى أوائل السبعينات اعتمدت في تشخيصها لحالات الاوتيزم على المعايير التي وضعها لهذا الغرض ، فقد أوضحت أن نسبة الإصابة بإعاقة الاوتيزم في أمريكا غالباً تكون بنسبة (٤ ـ ٥) حالات في كل ١٠,٠٠٠ ولادة حية في الأعمار الأقل من (١٥) سنة ، وتظهر في الذكور أكثر من الإناث بنسبة (٤: ١) وأن البنات الاوتيستك يملن إلى أن يكن أشد اضطراباً ، و يشير تاريخهن الأسرى إلى كثرة انتشار الخلل المعرفي عن الذكور (Kanner ,1973 , 35) .

وقد كان يعتقد أن الاوتيزم اكثر شيوعاً في الطبقات الاجتماعية الراقية ، و لكن ثبت عدم صحة هذه المقولة وأن الإصابة لاعلاقة لها بالوضع الاقتصادي أو الأصل العنصرى أو العرق السلالى (Sahkian , et als , 1986 , 284) .

وأشارت إحدى دراسات جيلبرج Gillberg أن نسبة الإصابة بالاوتيزم في المرحلة العمرية من (٥ – ٧) سنوات تقدر بنسبة ١٢,٤ لكل ١٠,٠٠٠ولادة حية ، بينما كانت نتائج دراسة أخرى لجيلبرج تعبرعن نسبة انتشار بمعدل ١١,٦ لكل ١٠,٠٠٠ ولادة حية في المرحلة العمرية من (٤ ـ ١٤) سنة ، في حين أن جوتنبرج وجد أن نسبة الانتشار تقدر بحوالي ٨,١ لكل ١٠,٠٠٠ ولادة حية في نفس المرحلة العمرية ونفس المنطقة التي أجريت

فيها دراسة جيلبرج وتشمل الهند الغربية – الصين – نيجيريا –سيرلانكا والتي تم التشخيص فيها بناءً على معايير كانر (Gillberg ,1990 , 104) .

في حين كانت نسبة انتشار الإصابة بالاوتيزم في جنوب اليابان بمعدل ١٣,٦ لكل ١٠,٠٠٠ طفل (Tanoue ,et als , 1988) أما الدراسات المسحية التي تم إجراؤها في انجلترا ، فقد أظهرت نتائج مختلفة بعض الشيء عن التي ظهرت في أمريكا أو شرق آسيا فكانت نسبة الانتشار تتراوح بين (٢٠ – ٣٠) حالة لكل ١٠,٠٠٠ ولادة حية ، وفي دراسة أخرى قام بها كامبرول Camberwell لتشخيص حالات الاوتيزم على أساس العجز الاجتماعي فأشارت نتائج دراسته إلى أن نسبة انتشار الإصابة بالاوتيزم حوالي (٢١) حالة لكل ١٠,٠٠٠ طفل (Dianne , 1992 , 8) .

وكان من نتائج دراسات جيلبرج وآخرون التي تم إجراؤها في السويد و مناطق بوهسلان الريفية أن نسبة انتشار الإصابة بالاوتيزم أو ما يسمى شبيه الاوتيزم Autism Like تقدر بحوالي ٦,٦ حالة لكل ١٠,٠٠٠ طفل ،

وفي دراسة سويدية أخرى لجيلبرج وجد أن أعراض اسبيرجر Asperger Syndrom تنتشر بمعدل (٣ ــ ٥) مرات أكثر من ظهور أعراض الاوتيزم التي تقدر بحوالي ٢,٦ على الأقل لكل ١٠٠٠ طفل (Gillberg , 1990 , 105) .

وتؤكد دراسات بارون – كوهين Baron - Cohen (١٩٩١) ، نيلسون و إسرائيل Nelson , Israael (١٩٩١) أن نسبة انتشار الإصابة بالاوتيزم فى الذكور أكثر من الإناث .

ويمكن أن نستخلص من هذا أن هناك شبه اتفاق بين نتائج معظم الدراسات على أن معدل انتشار الإصابة بالاوتيزم يتراوح بين (٤ أو ٥) حالات في كل عشرة آلاف ولادة حية ، وأن هذه النسبة تظهر في الذكور أكثر من الإناث بمعدل (٤: ١) ، وأما الاختلاف البسيط في النتائج ، فيرجع إلى التباين الواضح في المحكات المحددة لتشخيص الإعاقة وعدم وجود أدوات تشخيصية تعتمد على التقدير الموضوعى . ولا شك أن التوسع في تشخيص حالات الاوتيزم لتشمل أولئك الأطفال الذين يظهر عليهم عرض واحد أو أكثر من أعراض الاوتيزم له تأثير على نتائج عمليات المسح المستخدمة في قياس حجم المشكلة في مجتمع معين ، ومن هنا تختلف نتائج هذه المسوح . كما يمكن توضيح السبب الرئيسى لزيادة نسبة الانتشار في انجلترا عن غيرها من المجتمعات فيرجع ذلك إلى أنها تستخدم معايير تشخيصية أكثر مرونة واتساعاً .

وتعتقد الباحثة أن نسب الانتشار هذه المدونة في نتائج الدراسات أقل بكثير من الحالات الموجودة بالفعل ويرجع السبب في ذلك إلى الغموض الذى يحيط الإعاقة بكافة جوانبها وحداثة الدراسات المهتمة بكشف هذا الغموض .

أما عن نسبة انتشار الاوتيزم في مصر ، فقد ذكر عثمان فراج أن هذه الإعاقة يعانى منها ما بين (١٠٠ - ٢٠٠) ألف طفل (عثمان فراج ، ١٩٩٦، العدد (٤٥)، ١٨).

ونحن في مجتمعنا العربى بصفة عامة وفي مصر بصفة خاصة في أمس الحاجة إلى كثير من الدراسات المسحية التي توفر لنا معلومات أساسية تفيد في وضع استراتيجيات العمل وبرامج الرعاية والتأهيل لهذه الفئة من الأطفال .

ضرورة الاكتشاف المبكر Early Identification

يبدأ اضطراب الاوتيزم عادة قبل اكتمال العام الثالث من العمر ، وقليلاً ما يبدأ بعد ذلك (Rutter , 1978 ; A..P A. ,1980) وفي الغالب يصعب تحديد السن الذى بدأ فيه الاضطراب إذا لم يكن هؤلاء الذين يقومون برعاية الطفل قادرين على إعطاء معلومات دقيقة عن مظاهر النمو اللغوي والاجتماعى لدى الطفل في شهوره وسنواته المبكرة . حيث يصعب رصد مظاهر الاضطراب في مرحلة الرضاعة فقد تفسرها الأم بأنها هدوء مبالغ فيه ، ولا تنتبه إلى خطورتها و أنها تنذر بوجود حالة اضطراب لابد من متابعتها ، لذا فقد حاول كثير من العلماء التعرف على خصائص النمو المبكر للأطفال الاوتيستك في الشهور الأولى من الحياة .

وقد لخص كوهين ، دونالان Cohen , Donnellan هذه الخصائص على النحو التالى :-

١- عدم محاولة الطفل تحريك جسمه أو أخذ الوضع المناسب الذى يدل على رغبته في أن يُحمل من الأم أو الشخص الموجود أمامه .

٢- تصلب الطفل عندما يُحمل بين ذراعي الأم ومحاولة الإفلات منها .

٣- يبدو كأنه أصم ، فلا يستجيب لذكر اسمه أو الأصوات المحيطة به .

٤- يفشل في التقليد كباقى الأطفال في نفس المرحلة العمرية لا يلوح باى باى .

٥- لا يحاول جذب انتباه الأم عن طريق إصدار أصوات أو أي شيء أخر.

٦- ليس لديه فضول في النظر إلى الناس أو الحيوانات .

٧- قد يؤرجح جسمه أو يخبط رأسه عند تركه بمفرده ، وقد يظل في مكانه يخربش الغطـــاء أو ينقر عليه لفترة طويلة من الوقت دون أن يصرخ .

٨- استجاباته للمثيرات الحسية تتراوح بين الإسراف في الهدوء إلى الإسراف في الهياج .

٩- لديه شذوذ في النشاط الحركي ، فالبعض هادئ لدرجة أنه لا ينتقل من مكانـــه والبعــض لديه نشاط حركى زائد بدرجة شديدة .

١٠- البعض لديه مشاكل في التغذية والنوم ، يعيش على نظام غذائى محدد وكثير الصــراخ وقليل النوم .

ويشير كوهين ودونالان بأن هذه السمات يجب ملاحظتها في الفــترة مــن (١٨ – ٢٤) شهراً من العمر (Cohen , Donnellan , 1985 , 502-504) .

وقد توصلت انجيرر Ungerer من خلال ملاحظتها إلى سمات النمو المبكــر للأطفــال الاوتيستك وحددتها بظهور اضطراب أو قصور في (اللعب الرمــزى – التواصــل اللفظــى وغير اللفظى – التقليد) لديهم (Ungerer , 1989 , 85) .

ويضيف داين موضحاً أن الطفل الاوتيستك في مرحلة الرضاعة لا يخاف من الغربــاء ولا يرتبط بهم أو يتفاعل معهم ، تبدو عليه الطمأنينة عندما يترك وحده ، لا يظهر الابتســامة الاجتماعية التي تبدأ عـــادةً فـــي ســـن أربعـــة شـــهور ، و لا يـــأتى الحركـــات التوقعيـــة Anticipatory Movment التي يأتيها طفل الأربعة شهور العادى مثـــل التعـــرف علـــى الأم والإقبال عليها عندما تلتقطه من الفراش والتفاعل معها عندما تناغيه وتلاعبه (D i anne , 1992 , 13) .

وقد لا يلاحظ الآباء مظاهر الاضطراب لدى الطفل إلا عندما يوجد مع أطفال آخريـــن مثل التحاقه بدور الحضانة أو دخول المدرسة ، فيعتبرون هذه هي بداية ظهور الأعـــراض . إلا أن التاريخ التطورى للطفل يكشف غالباً عن بداية مبكرة للاضطراب عن هذا الوقت وقـــد يُرجع الوالدان التغير في سلوك الطفل إلى حدث معين مثل ولادة طفل أصغر أو إصابة الطفـل بمرض شديد أو حادث أو صدمة عاطفية أو تغيير السكن ، فتتحمل الأسرة أعباءً ثقيلة بســبب سلوكيات طفلها الاوتيستك و أسوأ مرحلة تمر بها هي الفترة ما بين (٢- ٥) سنوات من عمـــو الطفل لشدة وحدة أعراض الإعاقة لديه ، ثم بعد ذلك تهدأ الأعراض و يبدأ سلوك الطفل فـــي التحسن في مرحلة دخول المدرسة (Dianne , 1992 ,14) .

وخاصة إذا تم توفير برنامجاً مدرسياً ملائما لحالــــة الطفــل ، ولأن جوانــب النمــو الادراكى و الاجتماعى لدى الطفل تبدأ في التطور وتخـف حـدة المشـكلات السـلوكية إذا صاحبها التأييد العاطفي من الآباء لأطفالهم أما إذا لم تتوافر هذه الخدمات المبكرة ، فـإن الأسر سوف تستمر في حالة إنضغاط مستحكمة ، ولحسن الحظ ففي العقد الماضى قـد تطورت أساليب التشخيص المبكر وترتب عليها التدخل العلاجي المبكر الذى قلل مـن احتمال تدهور وزيادة حدة المشكلة

. (Cohen , Donnellan ,1985, 506 - 507)

التشخيص الفارق **differential diagnose**

بالرغم من تحديد محكات دقيقة لتشخيص الاوتيزم ، وتحديـد السـمات أو العلامـات المميزة للنمو المبكر لهؤلاء الأطفال ، إلا أن صعوبة الوصول إلى تشـخيص دقيـق لحالـة الاوتيزم ما زالت موجودة بالفعل . ويرى كثير من العلماء (O'gorman , 1970 ; Watson , 1973 ; Marchion , 1982 ; Hagberg , et als , 1983 ; Gillberg , 1990 ; Campbell , et als , 1991 ; Barthelemy , et als 1992 ; Bailey , et als , 1993) أن السبب الرئيسى في ذلك هـو التشابه بين بعض أعراض الاوتيزم وأعراض إعاقات أخرى عديدة منها التخلـف العقلـي ــ الذهان ــ زملة أعراض اسبيرجر ، ريت ــ الإعاقة السمعية ــ اعاقات التخاطب ــ الشـذوذ الكروموزومى ، ويضاف إلى هذا التلازم الذى يحدث كثيراً بيـن حـالات الاوتـيزم وهـذه الإعاقات .

وللوصول إلى تشخيص دقيق لحالات الاوتيزم يجب البحث عن ماهية هذه الإعاقـات المصاحبة للاوتيزم ، وايضاح الفروق الجوهرية التي تميز إعاقة الاوتيزم عن غيرهـا مـن الإعاقات فيما يسمى بالتشخيص الفارق، ونتعرض لهذا التشـخيص الفـارق بيـن الاوتـيزم والإعاقات الأخرى كالتالي :-

أولاً : الاوتيزم ــ التخلف العقلي

كثيراً ما يصاحب حالات الاوتيزم الإصابـة بـالتخلف العقلـي ، كمـا تتشـابه و تختلـط بعـض أعراضهما وخاصة إذا كان العمر العقلي للطفل أقل من (٢٠) شهراً (G illberg , 1990 , 105) .

وقد أشارت مارشيون بأن الاوتيزم يتشابه مع التخلف العقلي في الأعراض والسمات التالية :

تكرار السلوكيات النمطية و القهرية ، صعوبات في الكلام والتخاطب(Marchionne,1982,5)

أما الفروق بينهما فهى كثيرة واهتمت كثير من الدراسات بإيضاحها على النحو التالى :-

١- اختلاف نسبة الذكاء بينهما :-

التخلف العقلي قد يكون بسيط أو متوسط أو شديد و تتراوح نسبة الذكاء في المستويات الثلاثة بين (٥١ -٧٠) ، (٣٦ - ٥٠) ، (٢٠ - ٣٥) بالترتيب وقد تقل نسبة الذكاء عن (٢٠) فيكون صاحبها شديد التخلف بدرجة كبيرة . (كمال مرسى ، ١٩٩٦ ، ٣٠ -٣٢) .

أما نسب ذكاء فئة الاوتيستك فيمكن تصنيفها كالتالي :-

٤٠% منهم تقل نسبة ذكاؤهم عن (٥٠) ، ٣٠% منهم نسبة ذكاؤهم تصل إلى (٧٠) أو أكثر أما الثلث الباقى فتصل نسبة ذكاؤهم إلى مستوى ذكاء العاديين وأحيانا تصل لدى البعض منهم إلى مستوى العباقرة (Watson , 1973 , 6) . و بذلك فإن التخلف العقلي يصاحب حالات الاوتيزم بنسبة (٧٠%) ، و في دراسة لبريسون وآخرون Bryson , et als (١٩٨٦) على الأطفال الكنديين كانت نسبة حالات الاوتيزم المصحوبة بتخلف عقلى تتراوح بين (٧٦,٨ - ٨٩) % (Gillberg , 1990 , 105) .

أما شارون نيورث وآخرون فيروا أن (٧٥-٨٠) % من الأفراد الاوتيستك لديهم تخلف عقلي بدرجاته المختلفة ، منهم (١٥-٢٠) % لديهم تخلف عقلي شديد بنسبة ذكاء تقل عن (٣٥) ، وأكثر من (١٠) % لديهم نسبة ذكاء عادية ، وعدد قليل منهم يعتبر من فئة الممتازين والموهوبين (Sharyn Neuwirth , et als , 1999,13) .

لذا فإن الأطفال الاوتيستك يظهرون تباينا واسعا في الأداء المعرفي ، ويتراوح أدائهم بين فوق المتوسط في تصميم المكعبات وتجميع الأشياء من اختبار وكسلر ، وبين مستوى ضعيف العقل في اختبار المفردات والتفكير المنطقى والتجريدى ، أما في الاجزاء التي تتطلب تعاملا بالذاكرة المباشرة أو الأداء البصرى المكانى فإن ادائهم يكون جيدا (Shah , Frith , 1993 , 1362) .

ويشير شارون نيورث وآخرون بأنه من الصعب الحصول على درجات ذكاء الأفراد الاوتيستك بصورة دقيقة - ولكنه ليس مستحيلا ، وذلك لأن معظم اختبارات الذكاء ليست مصممة للأفراد الاوتيستك وإنما تعالج المشكلات النموذجية في البيئة ، فقد تظهر بعض الاختبارات قدرات عادية أو فوق المتوسط لفرد اوتيستك بينما تكون نتائج اختبارات أخرى

مؤشرا لضعف قدرات هذا الفرد . وبصفة عامة فإن الأفراد الاوتيستك يمكنهم الاستجابة على بعض الاختبارات التى تقيس المهارات البصرية في حين يظهر عجزهم بوضوح على الاستجابة للاختبارات الفرعية اللفظية أو اللغوية (Sharyn Neuwirth , et als , 1999,13) .

٢- المتخلف عقلياً لديه اضطراب واضح في الذاكرة ، إذ لا يستطيع تخزين المعلومات التي يحتاجها في مواقف تالية ، بينما الاوتيستك يتمتع بذاكرة أليه جيدة للمكان والزمان ، ولكن لديه اضطراب واضح في الإدراك فيستجيب لمنبهات بعينها ولا يستجيب لمنبهات أخرى (Dianne , 1992 , 10) .

٣- يستطيع المتخلف عقلياً أن يتواصل مع الآخرين لفظياً وغير لفظي بالعين وتعبيرات الوجه وحركات الجسم بعكس الاوتيستك ، فلديه قصور في هذه المهارات .

٤- يستطيع المتخلف عقلياً تقليد ومحاكاة الآخرين ، بعكس الاوتيستك فلديه قصور في هذه المهارة .

٥- يستطيع المتخلف عقلياً تكوين علاقات اجتماعية ، كما أنه لا يرفض التفاعل الاجتماعى مع الآخرين بعكس الاوتيستك ، فلديه قصور في مهارات التفاعل الاجتماعى .

. (Barthelemy , et als , 1992)

كما أشارت نتائج دراسة بارتلمي وآخرون الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوى التخلف العقلي والاوتيستك في الجوانب التالية (الانسحاب الاجتماعي – قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي – ضعف الانتباه – ضعف الاستجابات الذهنية – قصور القدرة على المحاكاة والتقليد) وكانت هذه الفروق لصالح فئة الاوتيستك .

٦ – تظهر سمات التخلف العقلي منذ الميلاد ويمكن التشخيص المبكر لهذه الحالات ، أما بالنسبة لحالات الاوتيزم ، فبعضها ينمو بصورة طبيعية حتى عمر سنتين وبالأكثر حتى عمر (٣٠) شهر ثم تبدأ الأعراض في الظهور في ذلك الوقت أو قبله بشهور معدودة , Rutter) 1978 ; A.P.A. ,1980 ; Cohen , Donnellan , 1985 ; Schwartz ,1992)

٧ – يتمتع الاوتيستك بمهارة عالية في القدرات الحركية الدقيقة بعكس المتخلف عقلياً فيعانى من قصور في هذه المهارات (Cohen , Donnellan, 1985 , 502) .

ثانيا: الاوتيزم – الاضطرابات الذهانية العصابية

يشير أوجرمان O'Gorman بأن الشخص المصاب بالذهان لا يستطيع التفاعل مع ظروف البيئة المحيطة به ويرجع ذلك إلى طبيعة شخصيته ، تكوينه الوراثى ، تكوينه الفسيولوجى ، ذكائه وخبرته . فالطفل الذهانى بصفة عامة يصعب اختباره بالوسائل القياسية المقننة بسبب حالة التشوش الحادة المسيطرة عليه ، فينتقل من موضوع إلى أخر بسرعة شديدة ولا تجدى معه أية محاولات لجذب انتباهه أو إقامة علاقة معه بسهولة ، كما أنه شديد الانسحاب مما يعطى انطباع لدى الكثيرين بأنه متخلف عقليا .

كما يشير أوجرمان بأن البعض يقسم الذهان إلى فصام الطفولة ، أعراض الفصام ، الاوتيزم الطفولى ، أعراض النشاط الزائد ، أعراض ماهلر (O'Gorman , 1970 , 5-6) .

وبهذا التصنيف يُعتبر الاوتيزم إحدى حالات الذهان ، ويؤيد محمد عشيش هذا الاتجاه ، فقد قسم الذهان إلى نوعين رئيسيين هما : -

ا- الذهان المبكر :

ويشمل الذهان الانطوائى (الاوتيزم) - الذهان التكافلى - الذهان التخلفي أي المصحوب بتخلف عقلي .

ب- الذهان المتأخر

(محمد عشيش ، ١٩٩٣، ٤٠- ٤٨) .

ولكن كيرك وآخرون (١٩٦١) رفضوا مصطلح ذهان الطفولة كمرادفا للاوتيزم لأن أعراضه مشابهة لأعراض الاكتئاب والاضطرابات الناتجة عن خلل في الرأس أو حالة تسمم أو عدوى (O' Gorman , 1970 , 6) .

ويشير كامبل وآخرون بأن الاوتيزم يعتبر حالة من فصام الطفولة ، و قد نوقشت هذه العلاقة في دراسات عديدة منها (Bender , 1947 ; Kanner , 1943 - 1973 ; Rimland , 1964 ; O'Gorman , 1970; Wing , 1976; Rutter , 1978 ; Goldstein , et als , 1986) حيث كانت الدراسات الأولية تعتبر الاوتيزم عرض أولى لفصام الطفولة ، ومع تشابه الكثير من أعراضها حدث الخلط بينهما (Campbell , et als , 1991 , 336) .

و يمكن استخلاص أهم السمات المشتركة بين الاوتيزم و الفصام على النحو التالي:ـــ

١- فقدان الاتصال بالواقع

٢- الانغلاق على النفس

٣- النقص في التعاطف وحرارة المشاعر

٤- الفشل في تكوين صداقة مع الآخرين

٥ – عدم البراعة في التحدث والعمل

٦ – الفشل في استغلال القدرات التي استخدمها من قبل

٧ – الاضطراب الانفعالي .

(O' Gorman , 1970 , 22 ; Campbell , et als , 1991 , 336) .

وبالرغم من هذا التشابه بينهما في كثير من الأعراض ، إلا أن الدليل التشخيصى الإحصائي في طبعاته الثالثة ، و الرابعة صنف كل منهما كحالة منفردة بذاتها لوضوح الفروق على النحو التالي :ـ

١- حالات الاوتيزم لا تنتشر و تتكرر في العائلة الواحدة ، بينما حالات الفصام تتكرر بصورة واضحة فالفصامى تنتشر في أسرته الإصابة بالفصام أو أحد الأمراض العقلية الأخرى (Campbell , et als , 1991 , 337) .

٢- الاوتيزم يصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة (٤ : ١)، بينما الفصام يصيب الإناث و الذكور على حد السواء .

٣- الاوتيزم يصاحبه غالباً تخلف عقلى ، بينما لا يحدث ذلك مع الفصام .

٤- لا تظهر أعراض الهلاوس و الهذاءات في الاوتيزم ، بينما ظهورها في حالات الفصام مؤكدة .

٥- لا يتطور الاوتيزم فيما بعد إلى حالة فصام بتخطى الطفل مرحلة البلوغ .

٦- ظهور حالات الكتاتونيا و البارانويا التي تقتصر على الفصام و لا علاقة لها بالاوتيزم .

٧- الاوتيزم يظهر في الأعوام الأولى من العمر ، لكن الفصام يظهر عند سن البلوغ .

(Goldstien , et als , 1986 , 640) .

٨- الاوتيزم اضطراب نمائي ، بينما الفصام مرض عقلى فالاوتيستك جامد الحس لا يعبر

و لا يفهم الانفعالات والعواطف و لا يتبادلها بينما الفصامى يكثر من التعبير عن انفعالاته وعواطفه .

٩- الاوتيستك يتمتع بصحة أفضل و قدرة حركية أكبر من الفصامي .

. (O' Gorman ,1970,35)

١٠- الفصامى لا يعاني من قصور لغوي أو غياب القدرة على التعبير عن نفسه و الاتصال والتخاطب مع الآخرين ، بينما الغالبية العظمى من الاوتيستك لديهم قصور أو عجز في هذه الجوانب .

١١- الاوتيستك يتجنبون التقاء العيون ، بينما نادراً ما يحدث هذا في حالات الفصام . (Sahakian, et als , 1986, 283)

ثالثاً الاوتيزم ــ زملة اسبيرجر Asperger s syndrom

زملة اسبيرجر سميت باسم الطبيب النمساوي هانز اسبيرجر Hans Sperger الذى اكتشفها عام (١٩٤٤) و اعتبرها إحدى اضطرابات الشخصية ، و كانت تتشابه مع بعض أعراض الاوتيزم التي وضعها كانر (١٩٤٣) . و حيث أن اكتشافات اسبيرجر ظهرت في نفس الوقت الذى أعلن فيه كانر عن ملاحظاته للأطفال الاوتيستك – كما أطلق عليهم – فإن اسبيرجر أطلق على زملته اسم Autistic Psychopathy ، و اعتبرها البعض حالة مخففة من الاوتيزم أو شبيه الاوتيزم(Autism Like) (Sharyn Neuwirth , et als , 1999,10) .

و قد حدد أحمد عكاشة جوانب التشابه بين الاوتيزم و زملة اسبيرجر في العناصر التالية : –

١- وجود نوع من الخلل الكيفي في التفاعل الاجتماعى و تكوين العلاقات الاجتماعية السليمة.

٢- غياب التواصل غير اللفظى .

٣- مخزون محدود من الاهتمامات و الأنشطة النمطية المتكررة .

٤- قصور في الحركات الدقيقة .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ ، ٦٤٧) .

أما شارون نيورث وآخرون فقد حددوا هذه الجوانب فيما يلي :–

سلوكيات تكرارية ، مشكلات اجتماعية شديدة ، مشكلات حركية تتمثل في عدم الرشاقة (Sharyn Neuwirth , et als , 1999,10) .

أما جوانب الاختلاف بين الاوتيزم و زملة اسبيرجر فقد وصفها عثمان فراج ، شارون نيورث وآخرون كما يلي :-

١- عدم بدء ظهور أعراض اسبيرجر ، إلا خلال مرحلة الطفولة المتأخرة بينما حالات الاوتيزم تظهر في مرحلة الطفولة المبكرة (Sharyn Neuwirth , et als , 1999,10) .

٢- نسبة ذكاء الاسبيرجر تقترب من الطبيعي و لكن لديه تباين بين نتائج اختبار الذكاء اللفظي والأدائي .

٣- الطفل الاسبيرجر لا يوجد لديه تأخر عام في اللغة ، نموه اللغوي يقترب من الطبيعي في سنواته الأولى ، و لكنه يبدي صعوبة بسيطة في استخدام الضمائر بشكلها الصحيح ، كما يعانى من اضطرابات في تكوين الجمل .

٤- الاسبيرجر يتصف بالقلق و الاكتئاب ، ضعف التوافق الحركي ، من السهل إحباطه ، عدوانى [هذه السمات غير أساسية في الاوتيستك] .

و يرى عثمان فراج أنه بالرغم من وجود بعض الاختلافات بين زملة اسبيرجر والاوتيزم إلا أنه من الصعب التفرقة بينهما إلا بالملاحظة الدقيقة لفترات طويلة .

(عثمان فراج ،١٩٩٦ ، العدد (٤٦) ، ٧-٨) .

رابعاً الاوتيزم - زملة ريت Rett syndrome

زملة ريت هي إحدى إعاقات الطفولة ، اكتشفها ريت (١٩٦٦) وهي عبارة عن خلل عميق في المخ يظهر لدى البنات والأفراد شبيه الاوتيستك، ويظهر في صورة حركات تكرارية لليد ، وقصور في المهارات اللغوية والاجتماعية, (Sharyn Neuwirth , et als 1999,10) ونظرا لأن بعض سماتها تتشابه مع بعض أعراض الاوتيزم ، فقد اعتبرها البعض إحدى حالات الاوتيزم ، و لكن نظراً لوجود بعض الاختلافات الواضحة بين أعراض الاوتيزم و زملة ريت ، فقد اعتبرت كل حالة منفردة و قائمة بذاتها (Campbell , et als , 1991) .

و ما يؤيد ذلك أن الدليل التشخيصي و الإحصائي في طبعته الرابعة وضع ضمن محكات تشخيص الاوتيزم خلوها من أعراض ريت .

و قد أشارت دراسات كامبل و آخرون ، أحمد عكاشة و عثمان فراج إلى أن أوجه التشابه و الاختلاف بين الاوتيزم و زملة ريت يمكن عرضها على النحو التالي : ـ

فتمثلت أوجه التشابه فيما يلي : ـ

١- النمو الطبيعي في السنتين الأولى و الثانية من العمر ، يليه حالة من الفقدان الكامل أو الجزئي للمهارات اللغوية ، الاجتماعية و مهارات التكيف المكتسبة .

٢- قصور في النمو المعرفي و التفكير و الكلام و ربما فقدان كامل للكلام .

٣- عدم التواصل في الأفكار و الانفعالات قد يكون مصحوباً بالاكتئاب أو الضحك الهستيري بدون سبب .

. (Campbell , et als , 1991 , 338)

أما **أوجه الاختلاف** بينهما فهى كثيرة ، و تتمثل فيما يلي : ـ

١- زملة ريت تصيب البنات فقط ، أما الاوتيزم يصيب الذكور و الإناث و لكن نسبة الإصابة في الذكور أكثر من الإناث بنسبة (١:٤) (عثمان فراج ، ١٩٩٦ ، العدد (٤٦) ، ٨).

٢- العجز الرئيسي في المصابين بزملة ريت يتمثل في التخبط و الترنح في المشى Ataxia و فقدان الاتزان الحركي للأطراف و الحركات اليدوية النمطية تتمثل في عصر اليدين و غسلهما لا إرادياً أو لف اليد حول الأخرى مع وضع الذراعين في حالة انثناء أمام الصدر أو الذقن ، بلل نمطي لليدين من اللعاب ، حدوث صعوبة في البلع والتنفس ، فشل دائم تقريباً في التحكم في عمليات التبول و التبرز ، بروز مفرط في اللسان ، و تتطور هذه الأعراض في منتصف فترة الطفولة . فيحدث تخلج جزعي وعمى حركي و يصاحبها أحياناً جنف حدبي وأحياناً حركات رقص كنعية بعكس حالات الاوتيزم فلا تظهر فيها هذه لأعراض (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢، ٦٤٥) .

٣- حدوث تشنجات للمصابين بزملة ريت أثناء الطفولة المبكرة أو المتوسطة و حدوث نوبات صرعية في معظم الحالات قبل عمر ثمان سنوات ، أما حالات الاوتيزم فقد أشارت بعض الدراسات أن حوالي (٤-٣٢) % من الاوتيستك سوف تحدث لهم نوبات صرعية

عظمى في وقت ما من حياتهم و خاصة في مرحلة البلوغ (محمود حموده ، ١٩٩٣ ، ١٠٧) .

٤- حدوث ضمور في العضلات الفقرية مع عجز حركي شديد و تشنج شديد يصيب الأطراف السفلية أكثر من الأطراف العلوية يؤدي إلى فقدان القدرة على الحركة و المشى للحالات المصابة بزملة ريت بعكس حالات الاوتيزم فلا تظهر عليها هذه الأعراض (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ ، ٦٤٥) .

٥- حالات الإصابة بزملة ريت مرتبطة دائماً بالإعاقة العقلية الشديدة ، أما حالات الاوتيزم فمنهم ٤٠% فقط تقل نسبة ذكائهم عن (٥٠) أي تقع في فئة التخلف المتوسط ، ٣٠% تقع في فئة التخلف البسيط و نسبة ضئيلة تقع في فئة التخلف الشديد ، ونسبة أخرى حوالي ٣٠% أو أقل تقع في فئة العاديين أو العباقرة (Watson , 1973 , 6 , Campbell , et als 1991 , 338) .

٦- سلوك إيذاء الذات المتعمد و الانشغال بالتوافه من الأمور و الحركات النمطية غير الهادفة سمات بارزة لدى الاوتيستك ، و لكنها نادرة جداً في حالات الإصابة بزملة ريت (عثمان فراج ، ١٩٩٦ العدد (٤٦)، ٨) .

٧- يشير هاجبيرج و آخرون Hagberg , et als (١٩٨٣)بأن العوامل المسببة للإصابة بزملة ريت تنحصر في تلف المخ أو النخاع الشوكي ، المخيخ أوالجهاز العصبى بصفة عامة أي عوامل عضوية أما العوامل المسببة للإصابة بالاوتيزم غير محددة فقد تكون وراثية أو عضوية أو نفسية (Campbell , et als , 1991 , 339) .

و قد شاهدت الباحثة حالة نموذجية من حالات الإصابة بزملة ريت في أحد مراكز الإعاقة الذهنية بالقاهرة ، و توافرت فيها السمات البارزة لهذه الزملة و أهمها فقدان حركات اليد الهادفة و المهارات اليدوية الحركية الدقيقة ، و بمعرفة الاختلافات بين زملة ريت وأعراض الاوتيزم يمكن التمييز بينهما بسهولة .

خامساً الاوتيزم – زملة الكروموزوم X القابل للكسر Fragile X Syndrom

يشير بايلي و آخرون Bailey , et als أن الإصابة بزملة الكروموزوم (X) الهش أو القابل للكسر تأتي من الخلل في التركيب الكروموزومي للخلية الذي يترتب عليه الإصابة بالتخلف العقلي الناتج من وراثة الكروموزوم X القابل للكسر (Bailey , et als , 1993 , 673) .

و يرى بايلي و آخرون أن الطفل المصاب بهذه الزملة تظهر عليه بعـــض الســمات الجسمية و السلوكية ، و يمكن عرضها على النحو التالي :ـــ

السمات الجسمية تتمثل فى :ـــ

كبر عظام الوجه ، أسنان ضعيفة ، مفاصل مرتفعة و ممتدة لأصابع اليد ، أذن كبــيرة منبسطة ، ارتفاع غير عادي في سقف الحلق ، حَوَل في العين ، وجه طويل و ضيق ، أقـــدام مفلطحة ، خلل في الصمام الميترالى للقلب ، خلل في الناقلات العصبية مما يترتب عليه بـــطء الاستجابة للمثيرات الحسية (Bailey , et als , 1993 , 673) .

السمات السلوكية : -

فيرى عثمان فراج أنها تتشابه إلى حد كبير مع سمات الاوتيزم و تتمثل أوجه التشــابه بينهما فيما يلي : -

١- ممارسة الحركات النمطية المتكررة بالأيدي .

٢- قصور الإدراك الحسي للمثيرات البصرية و السمعية .

٣- النشاط الحركي الزائد المصحوب بالعدوانية أو العصبية الموجهة للذات أو للآخرين .

٤- صعوبات في التركيز والانتباه .

٥- تجنب التواصل البصري و متابعة الحديث مع الآخرين .

٦- إصدار أصوات غريبة و غير مفهومة .

٧- قصور في التواصل اللفظي و القدرة على التخاطب يتمثل في الترديد الآلي والقصور في تركيب الجمل .

(عثمان فراج ، ١٩٩٦ ، العدد (٤٦) ، ٩-١١) .

و بالرغم من هذا التشابه في الأعراض الظاهرة بين الإعاقتين ، إلا أنه يمكن التميــيز بينهما بالفحص الكروموزومي الدقيق الذي يكشف عن وجود هذا الكروموزوم الهش وبالتــالي تستبعد أن تكون الحالة مصابة بالاوتيزم . و لكن قد تكون مصابة بالإعاقتين معا فهذا نـــادرا

ما يحدث ، فيرى أوجرمان أن نسبة (١٠-١٥)% من الاوتيستك يصابون بزملة الكروموزوم X الهش (O'Gorman ,1970,48) .

أما بايلي و آخرون فيروا أن نسبة الإصابة بالإعاقتين معاً حوالي ١٣% من الاوتيستك منهم ١,٦ % من التوائم الاوتيستك أو الحالات الفردية التي لها ظروف أسرية مرتبطة بوجود الاضطراب المعرفي (Bailey , et als , 1993 , 673) .

ويري شارون وآخرون أن زملة الكروموزوم X الهش تظهرلدى (١٠) % من الأفراد الاوتيستك خاصة الذكور (Sharyn Neuwirth , et als , 1999,14) .

كما يري شارون وآخرون أن الأفراد الذين لديهم عيوب وراثية شديدة يكونوا أكثر عرضة للإصابة بالتخلف العقلي وعدد من الأعراض الشبيهه بالاوتيزم ، ولكن الأبحاث الحديثة تشير بأن حالات زملة الكروموزوم X ليست حالات نموذجية للاوتيزم

(Sharyn Neuwirth , et als , 1999,14) .

سادساً الاوتيزم – الإعاقات السمعية

إن بعض الأطفال المصابون بالصمم الذي قد يؤدي إلى البكم نتيجة لعوامل أثناء الحمل أو بعد الولادة قد يظهرون بعض سمات الطفل الاوتيستك ومن هنا حدث الخلط في تشخيص الاوتيزم بأنه إعاقة سمعية . (عثمان فراج ، ١٩٩٦ ،العدد (٤٦) ، ١٣)

و تتمثل **جوانب التشابه** بين أعراض الاوتيزم و الإعاقات السمعية فيما يلي :-

١- الانسحابية و غياب القدرة على التواصل البصري .

٢- الاندماج في حركات نمطية .

٣- عدم القدرة على التخاطب و التواصل اللفظي .

(محمود حمودة ، ١٩٩٣ ، ١٠٥) .

أما عن **جوانب الاختلاف** بين أعراض الاوتيزم و الإعاقات السمعية فهى : -

١- معدلات الذكاء في حالات الإصابة باعاقة سمعية أعلى من نظيرتها في حالات الاوتيستك.

٢- تتسم حالات الاعاقة السمعية بالقدرة على تكوين علاقات اجتماعية و تفاعل اجتماعي مع الآخرين بعكس حالات الاوتيزم فهى تعاني من عجز رئيسي هذه الجوانب.

٣- تستطيع حالات الإصابة بإعاقة سمعية تحقيق تواصل غير لفظي مع الآخرين أفضل من حالات الاوتيزم .

٤- سهولة تشخيص حالات الصمم و البكم بالفحص الطبي لأجهزة السمع و الكلام يقابلها صعوبة في تشخيص الاوتيزم لعدم توافر أدوات مقننة لهذا الغرض

(سميرة السعد ، ١٩٩٢ ، ١٥ ، عثمان فراج ،١٩٩٦ ، العدد (٤٦) ، ١٣) .

سابعاً الاوتيزم – إعاقات التخاطب :-

تعتبر إعاقات التخاطب و التواصل من الإعاقات النمائية المحددة specific developmental disorders ، وتتميز بالنمو غير الطبيعي لبعض المهارات اللغوية و الكلامية و الحركية ، و لا تعزي لاضطراب جسدي أو عصبي محدد أو تخلف عقلي أو نقص فرصة التعلم أو الإصابة بالاضطرابات النمائية المنتشرة .

و يترتب على الإصابة بهذه الإعاقات ظهور مشاكل في القراءة ، التعبير اللغوي ، التعبير الكتابي ، النطق الصحيح للأصوات ، التهتهة ،عدم القدرة الحسابية a calculia

(محمود حمودة ، ١٩٩٣ ، ١١١-١١٢) .

إن الأطفال المصابين بهذه الإعاقات تظهر عليهم بعض الأعراض التي تتشابه مع بعض أعراض الاوتيزم و تختلف مع البعض الأخر ،وقد تناولت سميرة السعد وعثمان فراج جوانب التشابه و الاختلاف بين أعراض إعاقتي التخاطب و الاوتيزم على النحو التالي :-

فأما عن **جوانب التشابه** تتلخص في الآتي :-

١- قصور في القدرة على التواصل اللفظي .

٢- غياب القدرة على تكوين علاقات اجتماعية .

(عثمان فراج ، ١٩٩٦ ، العدد (٤٦) ، ١٢) .

و أما جوانب الاختلاف فتتمثل في العناصر التالية :-

١- أصحاب إعاقات التخاطب لا تظهر لديهم ظاهرة الترديد الآلي Echolalia والخلط في استخدام الضمائر ، بعكس حالات الاوتيزم فهذه الظواهر تعتبر من السمات البارزة لديهم .

٢- درجة القصور اللغوي لدى أصحاب إعاقات التخاطب تكون أقل من نظيرتها لدى الاوتيستك.

٣- أصحاب إعاقات التخاطب لديهم قصور في نوع محدد من أشكال التواصل في حين أنهم يستطيعون استعمال الأشكال الأخرى من التواصل عدا الجانب المعاق لديهم ، بعكس حالات الاوتيزم فهى تعاني من قصور في أشكال التواصل اللفظي وغير اللفظي.

٤- أصحاب إعاقات التخاطب يندمجون في ألعاب ابتكارية خيالية ، بعكس الاوتيستك فهم يعانون من قصور في هذه السمة .

٥- أصحاب إعاقات التخاطب نسب ذكائهم أعلى من نظيرتها لدى الاوتيستك

(سميرة السعد ، ١٩٩٢ ، ١٥ ، عثمان فراج ، ١٩٩٦ ،العدد (٤٦) ، ١١-١٣) .

و بعد عرض الفروق التشخيصية بين الاوتيزم و الإعاقات التي تتشابه معه في بعض الأعراض يمكن بالملاحظة الدقيقة المتأنية التمييز بين هذه الإعاقات و عدم الخلط بينهم ، و لكن عثمان فراج (١٩٩٦) يرى أن هذه العملية ليست بالأمر اليسير البسيط ، و إنما التشخيص الدقيق يجب أن يقوم به فريق فني من المتخصصين في " الطب النفسي ، وعلم النفس الاكلينيكي ، والقياس النفسي ، أمراض التخاطب ، العلاج الطبيعي ،الاخصائي النفسي ، الأخصائي الاجتماعي ، واخصائي الإرشاد النفسي (عثمان فراج ، ١٩٩٦ ، العدد(٤٦) ، ١٤).

و تستخلص الباحثة مما سبق أن الاوتيزم : -

١- ليس نوعا من الإعاقات العقلية كالتخلف العقلي .

٢- ليس نوعا من الأمراض العقلية كالذهان..

٣- ليس نوعا من إعاقات التخاطب .

٤- ليس نوعا من الإعاقات السمعية كالصمم و البكم .

٥- لا يدخل ضمن نطاق زملة "ريت - اسبيرجر - الكروموزوم X الهش" فهي تعتبر من الاضطرابات النمائية الشاملة و لكنها تختلف عن زملة أعراض الاوتيزم .

٦- ليس نوعا من العبقرية المصحوبة بشذوذ في السلوك .

بروفيل شخصية الطفل الاوتيستك :-

عند رسم بروفيل لشخصية الطفل الاوتيستك ، نُعَرِف أولاً من هو الطفل الاوتيستك ، ويتم ذلك بعرض ما ذكر في دوائر المعارف و القواميس العربية و آراء العلماء حول هذا التعريف ، ثم يتم عرض أهم الخصائص أو السمات للطفل الاوتيستك كما وردت في الدراسات السابقة .

من هو الطفل الاوتيستك ؟

يعتبر مصطلح الطفل الاوتيستك Autistic child جديداً نسبياً و لم يصل لمرحلة الاستقرار على المصطلح المقابل في اللغة العربية ، فيطلق عليه البعض الطفل الذاتوى أو الذاتى، والبعض الأخر يطلق عليه الطفل التوحدي أو المتوحد ، و البعض الثالث يسميه الطفل الاجتراري ، و يمكن عرض هذه التعريفات على النحو التالي :-

(أ) الطفل الذاتوي :-

يعرفه **عبد المنعم الحفني** بأنه :-

"طفل منسحب بشكل متطرف ، يلعب لساعات طويلة في أصابعه أو بقصاصات الورق ، يبدو عليه الانصراف عن هذا العالم إلى عالم خاص به من صنع خياله " (عبد المنعم الحفني ، ١٩٧٨ ، ٨١) .

و يعرفه **أحمد عكاشة** بأنه :-

" لديه خلل في التفاعل الاجتماعي و التواصل اللفظي و غير اللفظي ، و كثير منهم يظهرون الفزع و الخوف و اضطرابات النوم و الأكل و نوبات المزاج العصبي و العدوان وإيذاء الذات مثل عض الرسغ ، كما أن أغلبهم يفتقدون التلقائية و المبادرة والقدرة على الابتكار في شغل أوقات فراغهم و يجدون صعوبة في تطبيق المفاهيم النظرية على اتخاذ القرار في العمل (أحمد عكاشة ، ١٩٩٢ ، ٦٤٢) .

و يعرفه **محمود حمودة** بأنه :-

"لديه خلل في التفاعل الاجتماعي ، حيث يفشل في تنمية علاقات مع الآخرين و قصور في الاستجابة للآخرين و الاهتمام بهم ، نقص التواصل بالعينين والوجه ، وكراهية التلامس الجسماني ، خلل في التواصل اللفظي والنشاط التخيلي ومقاومة غريبة للتغيرات الطفيفة التي تظهر في البيئة " (محمود حمودة ، ١٩٩٣ ، ٩٨ - ٩٩) .

أما **فرج عبد القادر** فيعرف الطفل الذاتوي بأنه :-

"يبدأ حياته و هو في حالة انطواء ذاتي تام ثم يمر بمرحلة التمركز حول الذات و هو في المرحلة الذاتوية طفل شديد الانطواء .و قد تمر الساعات و هو منصرف عن العالم الواقعى منكفئا على نفسه عبر المتخيل و يتصف بعدم القدرة على تكوين علاقات مع الآخرين ، لذلك فإن قدرته على الكلام تغدو محدودة. و هذا الطفل زمانيته مهتزة مما يشير إلى نقصان الإحساس بالصيرورة " (فرج عبد القادر ، ١٩٩٣ ، ٣٤٣) .

(ب) الطفل التوحدي :-

يعرفه **فاخر عاقل** بأنه :-

"طفل منكب على ذاته ومنسحب من العالم ، والأطفال المتوحدون قد يجلسون ويلعبون ساعات بأصابعهم مثلا أو بأوراقهم ، أنهم يبدون ضائعين في عالم من الخيالات الداخلية " (فاخر عاقل ، ١٩٨٨ ، ٤٥).

(ج) الطفل الاجترارى :-

يعرفه **عماد عبد الرازق** بأنه :-

كما جاء في وصف كانر (١٩٤٣) ، اسبيرجر (١٩٤٤) " الشخص الذى يهتم بنفسه فقط ، وردود الفعل لديه ذاتية وبذلك تكون محدودة وضيقة المجال ، وغير قادر على الاتصال بالآخرين مع تأخر تطور مفهوم الذات لديه " (عماد عبد الرازق ، ١٩٨٧ ، ٨٦) .

ويعرفه **جابر عبد الحميد وعلاء كفافي** بأنه :-

" الطفل الذى فقد الاتصال بالآخرين أو لم يحقق هذا الاتصال قط ، وهو منسحب تماما ومنشغل انشغالاً كاملاً بخيالاته وأفكاره وبالأنماط السلوكية المتمثلة في برم الأشياء أو لفها و الهزهزة ، وعجزه عن تحمل التغير و لديه عيوب في النطق والخرس الظاهرى " (جابر عبد الحميد ، وعلاء كفافي ، ١٩٨٨ ، ٣١٦) .

وبملاحظة التعريفات السابقة ، نجد أنها تتفق على أن " الانسحاب أو الانغلاق على الذات وعدم تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين والعجز عن تحقيق تواصل لفظي أو غير لفظي عناصر أساسية في تعريف الطفل الاوتيستك والاختلاف الوحيد بينهم في التسمية أو الترجمة العربية للمصطلح، فالذين اعتبروه طفلا ذاتويا أو توحديا أو اجتراريا إنما يعكسون وجهات نظر فردية في التسمية فقط ، أما المضمون فهو واحد لدى الجميع - وإن كانت هنالك إضافات طفيفة من البعض بهدف زيادة الفهم والإيضاح لسمات هذا الطفل .

ولذا ترى الباحثة أنه لا داعي لهذه التسميات العديدة التي تعنى نفس الشيء ، حتى لا يحدث لبس للقارئ فالأفضل أن نستخدم المصطلح الأجنبي وهو الطفل الاوتيستك Atuistic Child حتى يستقر العالم العربى على ترجمة واحدة له . والجدير بالذكر – أن مصطلح الطفل الاوتيستك أصبح هو الأكثر استخداماً في مراكز الإعاقات التي تقوم بتدريب هؤلاء الأطفال ، وكذلك بين أسر هؤلاء الأطفال ، فلم يصبح غريباً على آذان المتخصصين المهتمين بهؤلاء الأطفال .

وتتبنى الباحثة تعريف **ساكين وآخرون** للطفل الاوتيستك والذى عَبر فيه عن أراء كانر ، روتر ، ريملاند بأنه " طفل غير قادر على التكيف مع الجماعة ، لا يهتم بردود الفعل العاطفية تجاه الآخرين بما فيهم الوالدين ، لديه انعزالية شديدة وانسحاب من الواقع المادى ، يميل إلى النمطية الشديدة في الحديث والحركة والإصرار على ثبات الأشياء وعدم قبول التغير في البيئة المحيطة – حتى ولو كان طفيفا ، كما أنه يتمتع بذاكرة جيدة للمكان والزمان " (S ahakin , et als , 1986 , 282) .

سمات الأطفال الاوتيستك Characteristics of Autistic Children

يتسم الأطفال الاوتيستك بالعديد من السمات التي يمكن الاستدلال منها على هؤلاء الأطفال ومنها العجز الاجتماعى ، العجز اللغوى ، قصور الادراك الحسى ، السلوكيات النمطية، إيذاء الذات ، السلبية ، التفكير الاجترارى ، قصور في السلوك التوافقى ، حدة المزاج ، الخوف والقلق و بعض المهارات الخاصة . وكل سمة من هذه السمات يندرج تحتها عدد من السمات الفرعية ، وليس من الضرورى أن تتوافر كل السمات الفرعية في كل حالة اوتيزم ، لذا فقد يظهر تباين في حالات الاوتيزم – حيث تظهر بعض السمات الفرعية في حالة والبعض الأخر في حالة أخرى ، ويمكن عرض السمات الرئيسية للأطفال الاوتيستك وما تشتمل عليه من سمات فرعية على النحو التالي :-

١- العجز الاجتماعى Social defect

حاول كلين وآخرون Klin , et als التعرف على أسباب الإصابة بالعجز الاجتماعى في الاوتيزم ، فظهرت فروض متعددة لتفسيره ، فقد اعتبره كانر (١٩٤٣) ناتج من اضطراب في التواصل الفعال ، بينما روتر Ruttre (١٩٧١) اعتبره ناتج من الإصابة بالعجز

اللغوي ، أما أورينتس Orinits (١٩٨٩) فقد أشار بأنه يرجع إلى شذوذ في الإدراك الحسي والبعض أشار إلى العوامل العضوية كعوامل مسببة للإصابة ، فتحدث بريور Prior (١٩٧٩) عن الخلل الوظيفي في النصف الأيسر أو الأيمن من المخ ، ونتيجة لتعدد الآراء المفسرة للإصابة بالعجز الاجتماعى في حالات الاوتيزم ، فما زال السبب الرئيسي في تفسيره غير محدد (Klin , et als , 1992 , 863) .

وقد درس أوزونوف وآخرون Ozonoff , et als طبيعة العجز الاجتماعى لدى الأطفال الاوتيستك ، فوجدوا أن ٨٠ % من الاوتيستك غير قادرين على التنبؤ بمعتقدات الآخرين ، كما أنهم أقل قدرة من العاديين في التمييز بين السمات العقلية والجسمية وفهم الوظائف العقلية للمخ ، ووجدوا أن الأطفال الاوتيستك يمكنهم التنبؤ برغبات الآخرين في حالة كون هذه الرغبات مرتبطة بحاجاتهم وعواطفهم ويتم ذلك بصعوبة بالغة(Ozonoff , et als , 1991, 1082) .

ويرى بارون وآخرون B aron , et als (١٩٨٩) أن السلوكيات الاجتماعية التي لا تتطلب التعرف على معتقدات ورغبات الآخرين لا يعانى الاوتيستك من عجز فيها (O zonoff , et als , 1991, 1082) .

ويفسر بريور وآخرون Prior , et als عجز الاوتيستك عن التنبؤ بمعتقدات الآخرين ، بأن العجز الاجتماعى ينتج عن قصور أو عجز في أجزاء محددة منها المعرفة والمستويات العقلية للذات والآخرين يترتب على ذلك قصور في مهارة التصور أو ما وراء الوصف Metarepresntational وبذلك يظهر الاوتيستك بأنه غير قادر على فهم قصصا مصورة تتطلب تخميناً لنوايا أو مقاصد الآخرين ، كما أنه لا يستطيع أن ينسب اعتقادا خاطئا للآخرين (Prior , et als , 1990 , 588) .

ويتصف الأطفال الاوتيستك بمجموعة من السمات الفرعية التي تعبر جميعها عن الإصابة بالعجز الاجتماعي وتناولتها دراسات عديدة; (Joan R. , 1980 ; Losche G. , 1990 Prior, et als, 1990 ; Ozonoff , et als 1991; Klin, et als , 1992 ; Sodian, Frith, 1992; Mcdougle, et als , 1995)

ويمكن عرضها على النحو التالي :-

١- قصور أو عجز في تحقيق تفاعل اجتماعي أو اتصال اجتماعي متبادل .

٢- رفض التلامس الجسدي وعدم الرغبة في الاتصال العاطفي البدني .

٣- قصور في فهم العلاقات الاجتماعية والتزاماتها .

٤- عدم التأثر بوجود الآخرين أو الاقتراب منهم .

. (Joan R. , 1980 ; Losche G. , 1990)

٥- عدم الرغبة في تكوين صداقات أو علاقات مع الآخرين بما فيهم أسرهم .

٦- قصور في التواصل البصري ، فيتجنب النظر في وجه شخص أخر .

٧- عدم الاستجابة لانفعالات الآخرين أو مبادلتهم نفس المشاعر .

. (Prior, et als, 1990 ; Ozonoff , et als 1991)

٨- لا يرد الابتسامة للآخرين ، وإذا ابتسم تكون الابتسامة للأشياء دون الأشخاص.

٩- يفضل العزلة عن الوجود مع الآخرين ولا يطلب من أحد الاهتمام به .

١٠- يفضل اللعب بمفرده عن اللعب مع الآخرين ، وغالباً ألعابه غير هادفة . (Klin , et als 1992 , 861 ; Dianne , 1992 , 8-9)

وأشار كلين وآخرون Klin , et als بأن دراسات تجريبية كثيرة اهتمت بتنمية الجوانب الاجتماعية المختلفة لدى الفرد الاوتيستك ، فقد ركز كل من سيجمان وآخرون S i gman, et als (١٩٨٤) و شابيرو آخرون Shapiro ,et als (١٩٨٧)على تنمية سلوكيات الصداقة ، بينما اهتم سيجمان و آخرون في دراسة أخرى (١٩٨٦) بالتدريب على التفاعل الاجتماعي ، أما دراسات هوبسون H obson (١٩٨٦) فقد اهتمت بتنمية مهارات التواصل غير اللفظي المتمثلة في فهم تعبيرات الوجه الدالة على مشاعر (الفرح ، الحزن) ، و تناول ، أنجير ، سيجمان U ngere , Sigman (١٩٨١) ، اللعب الرمزي ، أما بارون - كوهين Cohen-B aron (١٩٨٩) فقد اهتم بتنمية جوانب المعرفة الاجتماعية المتمثلة في الإدراك ، التفكير و التذكر الاجتماعي (Klin , et als , 1992 , 862) .

٢- **العجز اللغوي Language defect**

أوضحت التقارير الصادرة عن دراسات روتر Rutter (١٩٦٨ - ١٩٨٣) أن العجز المعرفي لدى الأطفال الاوتيستك يظهر في العجز اللغوي ، صعوبات التعلم ، عدم القدرة على التفكير المنطقي ، صعوبات الكتابة . و هذا العجز لا يرجع إلى الإصابة بالاوتيزم بل هو المسبب الرئيسي في ظهور عدد من الخصائص الشاذة التي تميز الأفراد الاوتيستك .

كما أن روتر لا يعتبر أن العجز في استقبال اللغة ، و الإدراك المعرفي الشـــاذ كافيـا لتفسير الإصابة بالاوتيزم بل يفضل إضافة العجز الاجتماعي كعـامل ثـانوي فـي العوامـل المسببة و هذا يفسر عدم القدرة على الاستجابة لمثـير وجدانـي أو ذو دلالـة اجتماعيـة ، والقصور في العمليات المعرفية المتعلقة بالإحساس الكلي (Sahakian , et als , 1986 , 284) .

و يرى راموندو و ميليك Ramondo , Milech أن العجز اللغوي لدى الأطفال الاوتيستك يتمثل في عدم فهم معاني الكلمات و عدم القدرة على استخدام قواعـد اللغـة ، كمـا أشـار راموندو وزميله إلى أن الفروق بين الاوتيستك و العاديين لا تختلف عن الفـروق بيـن ذوي التخلف العقلي و العاديين في عناصر العجز اللغوي التي تم الإشارة إليها

. (Ramondo , Milech , 1984 , 95)

و قد وجد سزاتماري و آخرون Szatmari , et als أن ثلث أفراد عينة دراسته مـن الشـباب الاوتيستك الصغير استمروا يعانون من مشكلات التواصل أو اللغة غير العاديـة ، بالإضافـة إلى أن ثلث أخر من أفراد العينة كانت اللغة لديهم في انحدار مستمر و كان لديهم صعوبـات في إجراء محادثة كاملة مع الآخرين . و نشر في التقرير الصـادر عـن هـذه الدراسـة أن الصعوبات في اكتساب اللغة لدى الاوتيستك تظهر لدى كل من ذوي القـدرات العقليـة المحـدودة أو المرتفعة ، و لكنها تكون قليلة لدى ذوي القدرات العقلية المرتفعة بالمقارنة بالآخرين

. (Szatmari , et als , 1989,225)

أما سيسان و آخرون Secan , et als فيروا أنه يمكن التمييز بين حالات الاوتـيزم والحـالات الشبيهة بالاوتيزم Autism Like على أساس العجز اللغوي المتمثل في عدم القدرة على إنتـاج اللغة أو الاستجابة لها ، فكانت أشد في حالات الاوتيزم بالمقارنة بحالات " شبيهة بـالاوتيزم " ، و يوصي سيسان و آخرون بضرورة تطوير العديد من استراتيجيات التدريس الفعال لتنميـة المهارات اللغوية لدى الاوتيستك (Secan , et als , 1989, 181) .

و قد قام أوزونوف و آخرون بفحص نموذج القدرات المعرفيـة لـدى الاوتيسـتك ، فوجدوا أن العجز المعرفي يظهر في الأداء الإجرائي الذي حدده " بالقدرة على التوصل إلـى حل مناسب لمشكلة ما يساهم في تحقيق الهدف المرغوب " و هذا يتطلب توافـر مـهارات " التخطيط – الاستمرارية – البحث المنظم – مرونة الفكر و العقـل " و يـرى أوزونـوف أن سمات الاوتيستك تتفق مع أوجه القصور في الأداء الإجرائي المتمثلة فيما يلي : –

عدم المرونة ، العنف ، الثورة على أي تغيير طفيف في البيئة ، التصميم على اتباع الروتين اليومي ، قلة الاهتمامات ، عدم التفكير في المستقبل وعدم توقع العواقب على المدى البعيد . (Ozonoff , et als , 1991 , 1083)

و يمكن استخلاص أهم المشكلات المرتبطة بالعجز اللغوي لدى حالات الاوتيزم من خلال الدراسات التي أجراها كل من : -

(Kanner , 1973 , Brizant , 1979 ; Chock, 1979 ;Rutter , 1983 ; Ramondo,Milech, 1984 ; Sahakian , et als , 1986; Secan , et als , 1989 ; Ozonoff , et als ,1991; Dianne , 1992)

١- قصور في فهم كثير من المفاهيم أو معانى الكلمات التي يتلقونها من الآخرين .

٢- قصور في تعميم المفاهيم التي يتلقونها من الآخرين .

٣- قصور واضح في القدرات التعبيرية لدرجة أن ما يقولونه يبدو غريباً أو غير مرتبط بموضوع الحديث .

٤- الفشل في الاستجابة بشكل صحيح للتعليمات الموجهة إليهم .

. (Prizant , 1979, 4592-B)

٥- الميل إلى التفسير الحرفي لما يقال لهم يترتب عليه مشكلات اجتماعية كثيرة عند التفاعل مع الآخرين .

٦- الاستخدام المضطرب للكلمات غير المناسبة للحوار ، فكثيراً ما نلاحظ أنهم يرددون عبارات سبق لهم أن سمعوها في الماضي البعيد ، ويمكن وصف أسلوبهم في الحديث بأنه كوميدي أو ديكتاتوري أو متطاول على الآخرين .

٧- ترديد الكلام Echolalia هي صفة مشتركة لدى الاوتيستك الذين يتكلمون ،فعندما يوجه له سؤال تكون الإجابة بنفس السؤال، مثلاً ما اسمك ؟ يجيب ما اسمك ؟ فهذا الترديد يشير إلى رغبة هؤلاء الأطفال في التواصل مع الآخرين والرغبة في التعبير عن أنفسهم و إن كان يشير في نفس الوقت إلى انخفاض القدرات التعبيرية لديهم .

. (Chock , 1979 , 1019 - A)

٨- عدم القدرة على استعمال المصطلحات المجردة وعدم فهم النكات والتورية في الألفاظ .

٩- عدم القدرة على الربط بين المعنى والشكل والمضمون والاستخدام الصحيح للكلمة .

١٠- عدم القدرة على تقدير تأثير حديثهم على الآخرين سواء كان في الأسلوب أو المحتوى فلا يدركون متى يتحدثون ومتى يتوقفون للاستماع .

. (Szatmari , et als , 1989 ,224)

١١- عدم القدرة على بدء محادثة مع الآخرين أو الاستمرار في محادثة .

١٢- قصور في استخدام الضمائر فيشير إلى نفسه بضمير أنت مثلا عند سؤاله "أنت عـــايز بسكويت يقول أنت عايز بسكويت" و هذا يدل على رغبته في الحصول على بسكويت .

١٣- قد يستخدم جملة كاملة ليعبر بها عن أحد الأشياء بسبب الموقف الذي سمع فيـــه هـذه الجملة لأول مرة .

. (Sahakian , et als , 1986 ,283 - 284)

و يشير داين بأن العجز اللغوي لدى الاوتيستك يترتب عليه قصور في التواصل اللفظي مـــع الآخرين ، و قد تم إيضاحه في المشكلات السابقة - يضاف إلى ذلك أن الاوتيستك يعاني مـن قصور في التواصل غير اللفظي و المتمثل في : -

عدم التواصل البصري ، تعبيرات الوجه لا تعكس الحالـــة الانفعاليـة لــه ، غيــاب التلميحــات أو الإيماءات أو الإشارات أو الابتسامات و إذا ظهرت تكون غير مناسبة اجتماعيا (Dianne ,1992 , 10) .

٣- قصور الإدراك الحسي perceptual Inconsistency

تشير دراسات وبستر و آخرون Webster , et als أن الطفل الاوتيستك يبـــدو و كـــأن حواسه أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي فيبدو كأنه لــــم يــر أو يسمع أو يحس أو يتذوق أي شيء (Webster , et als , 1980) .

و يرى أوجرمان أن هؤلاء الأطفال يظهرون أحيانا طرشا فعالا أو صمتا متعمدا يســتخدمونها كأسلحة ذات قيمة لأنها تغيظ الأباء و تريح الطفل من المسؤولية الخاصة بالتعلم والإثارة ، لذا فإن حوالي ٨٠% من أباء و أمهات هؤلاء الأطفال يرفضون فكرة إصابـــة أبنائـــهم بإعاقــة الاوتيزم معتقدين أنهم يعانون من اضطرابات في السمع أو تأخر في الكلام أو عجز بصـــري ، واعتقد البعض بوجود خلل في العتبة الحسية لدى أبنائهم لعدم اظهارهم ردود أفعـــال تجـاه المثيرات المؤلمة جسديا أو الشاذة صوتيا (O' Gorman , 1970 , 112) .

و نظرا لعدم قدرة الاوتيستك على التحدث عن الألم الجسماني الذي يمكن أن يتعــرض لـــه ، فقد أشار بيرس دورف Biersdorff (١٩٩٤) إلى أن عددا من الأفراد الاوتيستك أصبحـــوا مرضى سواء بخراج في الأسنان أو أمراض في المعدة أو حتى التهاب الزائدة الدودية .

و يمكن استخلاص أهم سمات الاوتيستك المرتبطة بقصور الإدراك الحسي من خلال دراسات أوجرمان (١٩٧٠) ، كانر (١٩٧٣) ، وبستر وآخرون (١٩٨٠) ، كريستين مايلز (١٩٩٢) : -

١- الميل إلى الاستجابة لبعض المثيرات بشكل غير طبيعي ، فيبدو كأنه مصاب بالصمم أحيانا فلا يستجيب لنداء الآخرين عليه ، بينما يستجيب لبعض الأصوات الخافتة جداً مثل صوت كيس الشيبسي أو البونبوني أو الشيكولاتة عند فتحه أو أصوات الموسيقى المحببة إليه.

٢- عدم التقدير للمخاطر التي يمكن أن يتعرض لها عند الاقتراب من أماكن الأدخنة الكثيفة أو الحرائق أو الاصطدام بشدة في الحوائط و السقوط على الأرض أو المسك بالأجسام والأسطح الساخنة جداً أو الباردة جداً ، و عدم ظهور أي ردود فعل تجاه هذه المخاطر .

٣- يأكل أو يمص المواد المنفرة دون أن يظهر اختلافا في ردود الفعل .

(Kanner , 1973 , Webster ,et als , 1980 , 227) .

٤- يبدو كأنه لم يسمع أو يرى إذا مر أمامه شخص و ضحك أو سعل أو نادى فلا يعط انتباه لهذه الأصوات .

٥- يميل إلى تجاهل الأصوات الشديدة في حين ينجذب إلى صوت تحريك لعبة أو جرس باب، كما أن بعض الأصوات تزعجه بدرجة شديدة مثل نباح كلب أو صوت موتوسيكل في حين أنه لا يبدي أي حساسية نحو صوت صراخه أو صياحه .

(كريستين مايلز ، ١٩٩٢ ،١١٩) .

٦- يستطيع الانسحاب و الانفصال عن الأصوات و المناظر و الروائح و الآلام و كذلك الانسحاب عن الناس (O'Gorman , 1970 ,111) .

٤ - السلوك النمطي المتكرر stereo typed

إن الملاحظ للأطفال الاوتيستك يجد أنهم ينغمسون لفترات طويلة في أداء سلوكيات غير هادفة تتسم بالتكرار و الرتابة و الميل إلى النمطية سواء في الحركة أو الأداء ، وخاصة في اللعب ببعض الأدوات بطريقة معينة .

و يعرف **عماد الدين سلطان** النمطية بأنها " حركات الجسم الرتيبة ، التي تتكرر و تتكرر وتحدث هذه الحركات في الوجه غالباً و تتضمن التجهم أو الابتسام و الأوضاع الشاذة للرأس و الرقبة " (عماد الدين سلطان ، بدون تاريخ ، ٢٨) .

و يرى عثمان فراج أن هذه الأفعال و الأنماط السلوكية التي يمارسها الطفل الاوتيستك ليست استجابة لمثير معين بل هي في واقع الأمر استثارة ذاتية تبدأ و تنتهي بشكل مفاجئ تلقائي ثم يعود مرة أخرى إلى وحدته المفرطة و انغلاقه التام على نفسه و عالمه الخيالي و رغبة قلقة متسلطة في البقاء طويلا على حالته كما هي Status quo (عثمان فراج ، ١٩٩٤ ،العدد (٤٠) ، ٥) .

أمـــا وبســـتر و آخـــرون فقـــد اســـتخدموا مصطلـــح الانشـــغال بالتوافـــه Twiddling behavior ليشيروا به إلى نزعة الطفل الاوتيستك نحو بعض الســـلوكيات الشـــاذة التي تتسم بالتكرار و النمطية (Wébster , et als ,1980) .

و يمكن استخلاص أهم السلوكيات النمطية التي يمارسها الأفراد الاوتيستك و التي أشار إليـــها كل من وبستر و آخرون (١٩٨٠) ، ساكين و آخـــرون (١٩٨٦) ، لوســـكى (١٩٩٠) ، سميرة السعد (١٩٩٢)، عثمان فراج (١٩٩٤) ، ماسدوجل وآخرون (١٩٩٥) :-

١- الانشغال باللعب بالأصابع أو أحد أعضاء الجسم أو لوى خصلات الشعر.

٢- حركات لاإرادية باليد لإثارة الذات منها رفرفة اليدين أو لف اليدين بانتظام بـالقرب من العينين ، الطرق بإحدى اليدين على رسغ اليد الأخرى.

٣- السير على أطراف الأصابع أو المشي بطريقة ما كأن يسير إلى الأمام خطوتيـــن و إلى الخلف خطوتين ، أرجحة الأرجل أثناء المشي ، الضرب بالقدمين علـــى الأرض ، الدوران حول نفسه باستمرار دون إحساس بالدوخة أو الدوار .

٤- إدارة الرأس إلى الأمام و إلى الخلف أو هز الجسم للأمام و الخلف .

(سميرة السعد ، ١٩٩٢ ، عثمان فراج ،١٩٩٤) .

٥- المداومة على قرص أو عض يديه أو حك و خبط رأسه في الحـــائط أو أي شـــيء صلب.

٦- الجلوس فوق المنضدة و النظر إلى الأرض لفترات طويلة من الوقت .

٧- التمسك بلعبة وحيدة من لعبه و هي غالبا ذات الإيقاع الرتيب أو التي تصدر حركـــة أو صوت .

(Webster , et als , 1980 ; Sahakian , et als , 1986) .

٨- إظهار تعبيرات و حركات غريبة في الوجه كالغمز بالعين أو الابتسامة العريضة أو التكشيرة .

٩- إصدار نغمة أو صوت أو همهمة بشكل متكرر .

١٠- النظر لفترات طويلة في اتجاه معين نحو مصدر ضوء أو صوت قريب أو بعيد أو نحو بندول ساعة الحائط أو ساعة تدق .

١١- تكرار كلمة أو عبارة ما دون توقف لمدة طويلة مثل الباقي ، آه ، عين ،الله .

١٢- تدوير الأشياء على الأرض أو رصها في صفوف مستقيمة تعوق حركة الآخرين.

. (Losche , 1990 ; Mcdougle , et als , 1995 , Sharyn Neuwirth ,et als, 1999,7)

٥- **السلوكيات القسرية - الطقوسية Compulsive ritualistic**

تشير دراسات يونج ودوجلاس Young , Douglas ، ماسدوجل وآخرون Mcdougle , et als أن الطفل الاوتيستك يصر على تنفيذ الروتين اليومي الذي اعتاد عليه بطريقة قسرية دون أي تغيير - وإذا حدث تغيير في البيئة المحيطة به حتى لو كان طفيفا يدخل في ثورة عارمة من الغضب والصراخ و إيذاء النفس و الآخرين .

ومن أمثلة الأفعال القسرية الطقوسية التي يمارسها الأطفال الاوتيستك ما يلي :-

١- الإصرار على جلوس الأفراد في أماكن معينة عند تناول الطعام ، و رفض تغيير هذه الأماكن مهما كان السبب .

٢- الإصرار على أن يسلك طرقا معينة عند الخروج لشراء شيئا ما ورفض تغييرها.

٣- غلق الأبواب و النوافذ بإحداث أصوات معينة و مزعجة و الإصرار على إعادة غلقها إذا اختلف الصوت في إحدى المرات .

٤- الإصرار على ارتداء نفس الزى أو نفس اللون في كل مرة يخرج فيها .

٥- الإصرار على تناول أطعمة بعينها و رفض تغييرها بأطعمة غير معروفة لديه .

. (Young , Douglas , 1980, 1936-B ; Mcdougle , et als , 772)

٦- الإصرار على عدم تغيير مكان أي قطعة أثاث في المنزل إلى مكان أخر ، فإذا نقل كرسي أو فازة من مكانها إلى مكان أخر ، يدخل في ثورة غضب لا تنتهي إلا بعودة كل شيء مكانه .

٧- الإصرار على اتباع أسلوب ما في مقابلة أو تحية الآخرين لا يغيره مهما كان السبب .

٨- الإصرار على ممارسة طقوساً معينة تعود عليها قبل أن ينام مثل [عدم دخول السرير قبل أن يسمع دقة الساعة أو المنبه ، غلق باب الحجرة ، اللعب ببعض الأشياء على السرير ، الإمساك بلعبة معينة في يده و هو نائم ، ضرورة النوم على رجل الأب أو الأم مع الهزهزة ، شرب كوب عصير أو كوب لبن قبل النوم].
٩- التعلق إلى حد الهوس بأشياء معينة مثل التعلق بكوب أو فنجان يشرب فيه دائماً ، قطعة أثاث ، شريط نيجاتيف ، زجاجة شامبو فارغة ، أنبوبة معجون فارغة و أي أشياء من هذا القبيل فإذا فقدها أو أخذت منه يصبح تعيساً و حزيناً . (Young , Douglas , 1980, 1936-B ; Mcdougle , et als , 772) .

٦- العدوان - إيذاء الذات Aggression - self Destructive

تشير دراسات وبستر وآخرون أن أكثر من ٦٥% من الأطفال الاوتيستك يظهرون سلوكا تدميريا وعدوانياً تجاه الذات و الآخرون ، فيعضون أو يضربون أنفسهم ، و في بعض الحالات يكون هذا السلوك تدميريا حاداً كأن يطرق الطفل رأسه بقوة لدرجة تسيل الدماء من جبهته و رأسه ، ولا تجدي محاولات العقاب من الوالدين تجاه هذا السلوك (Webster , et als ,1980 , 227) .

و بالرغم من أن الطفل الاوتيستك قد يمضي ساعات طويلة مستغرقا في أداء حركات نمطية أو منطوياً على نفسه لا يكاد يشعر بما يجري حوله ، فإنه أحيانا ما يثور في سلوك عدواني موجه نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته أو أصدقاء الأسرة أو المتخصصين العاملين على رعايته و تأهيله أو نحو ذلك ، و يصف عثمان فراج هذا السلوك العدواني بالبدائية كالعض والخدش والخربشة (عثمان فراج ، ١٩٩٤ ،العدد (٤٠)، ٥-٦) .

يمكن استخلاص أهم السلوكيات العدوانية التى يمارسها الطفل الاوتيستك من خلال دراسات وبستر وآخرون ، داين ، عثمان فراج على النحو التالي:-

١- يعض نفسه حتى يدمى أو يطرق رأسه في الحائط أو يعض الأثاث بما يؤدي إلى إصابة الرأس بجروح أو كدمات أو أورام .

٢- يكرر ضربه أو لطمه على وجهه بإحدى أو كلتا يديه .

٣- يتلف بعض الأشياء بسكبها على الأرض مثل (الطعام - السكر - الملح - اللبن - الماء) أو بتمزيق الكتب أو الصحف أو الملابس ، بإلقاء بعض الأدوات من النوافذ ، تكسير لعبه أو أثاث المنزل .

. (Webster , et als ,1980 , 227)

٤- يسبب إزعاج مستمر للمحيطين به بكثرة صراخه و عمل ضجة مستمرة ، و عدم النوم ليلاً لفترات طويلة .

٥- يقفز من فوق الأسطح المرتفعة مما يؤدي إلى إصابته بالكدمات .

٦- يجرح أصابعه نتيجة لتعامله مع المواد الصلبة و الحادة ، كما أنه ينخر باستمرار في هذه الجروح مما يسبب تقرحها و صعوبة التئامها .

. (Dianne , 1992)

٧- يقترب و يمسك بالمصادر الكهربائية ذات التردد العالي .

٨- يجلس فوق الأسطح الساخنة جداً أو الباردة جداً .

(عثمان فراج ، ١٩٩٤ ،العدد (٤٠)، ٥-٦) .

٧- السلبية - عدم الطاعة Negative - non compliance

يشير عثمان فراج بأن الطفل الاوتيستك يتسم بالسلبية و عدم الطاعة ، فلا يستجيب لأى رجاء أو أمر أو تكليف ، كما يرفض الإجابة على أي سؤال حتى إذا كانت حصيلته اللغوية تسمح له بالإجابة ، يضاف إلى ذلك أنه لا يتجاوب مع أحاسيس و مشاعر الآخرين وغالباً لا تصدر منه أصواتاً تعبيراً عن الاستجابة لأمر ما إلا بشكل محدود في مداه و تكراره ، و يتفق الكثيرون على فشل محاولات تعليم الطفل الاوتيستك الإيجابية و الطاعة إذا كانت إعاقته شديدة و يصاحبها تخلف عقلي (عثمان فراج ، ١٩٩٥ ، العدد (٤١) ، ٣-٤) .

و يرى ني و ميليفل Ney , Mulvihill أن الطفل الاوتيستك يتجـاهل الأصـوات و مخاطبـة الآخرين ، فيبدي عدم الاهتمام بهم و كأن الأمر لا يمثل أهمية بالنسبة له ، فلا تعدو مجـرد كونها أصواتاً كأصوات السيارات على الطريق أو رزاز المطر على النوافذ

. (Ney , Mulvihill , 1985 , 241)

و قد اعتبر كل من ويكس و آخرون Weeks , et als (١٩٨٧) ، هوبسون Hobson (١٩٨٨) أن النقص فى الشعور العاطفي تجاه الآخرين من جوانب السلبية لدى الاوتيستك و يظهر ذلك القصور في التعبير عن العمليات العاطفية أو الانفعالية ،و بصفة عامة يعانى الاوتيستك مـن اضطرابات انفعالية ، و لكن تقارير هذه الدراسات بأن العجز في الشعور العـاطفي لا يمكـن أن يكون السبب في حدوث الإصابة بالاوتيزم بل يمكن أن يكون انعكاسـاً لـلأداء الوظيفـي للعمر العقلي اللفظي (Ozonoff , et als , 1991 , 1082) .

و من أهم عناصر سلبية الطفل الاوتيستك ما يلي : -

١- يلعب بين الأطفال و ليس معهم .

٢- يقاوم تعلم أي مهارة جديدة .

٣- يبدو أنه يفهم إشارات الآخرين و كلامهم و لكنه لا يرغب في الاسـتجابة .

٤- يرفض الدخول في أي علاقة مع الأم أو بديلتها .

. (Ney , Mulvihill , 1985 , 242)

٨- التفكير الذاتي أو الاجتراري Autistic thinking

يتسم تفكير الأطفال الاوتيستك بالذاتية أو الاجترارية أو الانكباب على الذات ، و كلـها مترادفات لطبيعة تفكير الاوتيستك ، و قد وردت فى التراث العربى على النحو التالي : -

فيرى **عبد المنعم الحفني** أنه " تفكير يتسم بالانشغال بالذات ، حيث تسـيطر رغبـات الفـرد وحاجاته على نشاطه العقلي ، بينما تسيطر طبيعة الأشياء و الأحداث في التفكير المنطقـي " (عبد المنعم الحفني ، ١٩٧٨ ، ٨١) .

ويصفه **جابر عبد الحميد وعلاء كفافي** بأنه " تفكير اجترارى يعـبر عـن عمليـات تفكيـر نرجسية متمركزة حول الذات كأحلام اليقظة والاستغراق في الخيال على نحو لاعلاقـة لـه

بالواقع أو علاقته به ضئيلة ، وقد تكون هذه العمليات محاولة لاشباع الرغبات التى لا يسمح بها الواقع " (جابر عبد الحميد وعلاء كفافي ، ١٩٨٨ ، ٣١٧) .

ويتفق **عثمان فراج** مع هذه الآراء ، في وصفه لتفكير الطفل الاوتيستك بالاجترار المنكب على الذات الذى تحكمه حاجات ورغبات النفس ، وتبعده عن الواقعية التى تحكمها الظروف الاجتماعية المحيطة ، فهو يدرك العالم المحيط في حدود الرغبات والحاجات الشخصية (عثمان فراج ، ١٩٩٤ ، العدد (٤٠) ، ٧) .

بالإضافة إلى ذاتية أو اجترارية تفكير الاوتيستك فقد أشار وبستر وآخرون أن تفكير هؤلاء الأطفال يتسم بالجمود والتصلب Concrete بمعنى أنه يتعامل مع البيئة بأساليب جامدة إما أبيض أو أسود فليس لديه حلاً وسطاً (Webster,et als ,1980 , Sharyn Neuwirth ,et als ,1999 , 3) .

وتستخلص الباحثة أهم خصائص تفكير الأفراد الاوتيستك من خلال دراسات أوجرمان (١٩٧٠) ، بريزنت (١٩٧٩) ، مقالات عثمان فراج (١٩٩٤)على النحو التالى :-

١- الانشغال المفرط بالأفكار والتخيلات دون أى مبالاة أو إحساس بالآخرين .

٢- عدم الانتباه لما حوله ، فيعيش في عالمه الخاص في انغلاق على الذات وعجز عن الاتصال بالآخرين أو إقامة علاقة معهم .

٣- لا يدرك الفرق بين الاتجاهات (شمال-يمين-أعلى-أسفل-تحت-فوق) ، والأحجام (كبير-صغير) .

(O'Gorman , 1970) .

٤- لا يدرك المفاهيم المترتبة على تتابع الليل والنهار كأن يطلب الذهاب إلى الحضانة ليلا .

٥- يخلع ملابسه إذا شعر بحرارة الجو ولو كان في الشارع .

(Prizant , 1979) .

٦- لا يدرك الاختلاف بين الأم أو من يحل محلها .

٧- يتعامل مع أجزاء جسمه كأنها أشياء لدرجة إيقاع الأذى بها .

(عثمان فراج ، ١٩٩٤ ، العدد (٤٠) ، ٧) .

٩- اختلال التناسق العضوى Physical incorrdination

يجد الملاحظ للطفل الاوتيستك أنه يظهر قصورا في أنماط سلوكية يستطيع أدائها الطفل العادى في نفس سنه ومستواه الاقتصادي والاجتماعي ، فيرى عثمان فراج أن الطفل الاوتيستك في عمر (٥-١٠) سنوات قد لا يستطيع أداء أعمال يقوم بها طفل طبيعى عمره الزمنى سنتين أو أقل .

فالاوتيستك يعجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه ويحتاج لمن يطعمه أو يساعده في خلع وارتداء ملابسه ، كما أنه يعجز عن تجنب الأخطار ويرجع هذا القصور في الأداء الاستقلالى إلى عدم التناسق أو التآزر العضوى (عثمان فراج ، ١٩٩٤ ، العدد (٤٠) ، ٧).

و قد أشارت مارشيون أن صفة عدم التآزر العضوي تميز ذوي الضعف العقلي الشديد و من أهم خصائصها : -

١- يصعد و يتسلق الأماكن المرتفعة بأكبر قدر ممكن من الجهد المبذول .

٢- يغلب على طريقته فى الجري و القفز فقدان التآزر و النمطية .

٣- يمشي و يتحرك بطريقة بدائية تعوزها الرشاقة كطفل لم يتجاوز عامه الأول .

(Marchionne , 1982 , 35) .

٤- لا يستطيع التحكم في أطرافه ، كما أنه يخطئ في استخدام اليد المناسبة لمصافحة الآخرين .

٥- يواجه صعوبة كبيرة فى استخدام أدوات الأكل و الشرب .

٦- يواجه صعوبة كبيرة في ارتداء و خلع ملابسه و حذائه .

٧- يواجه صعوبة كبيرة فى التدريب على عملية التبول .

(Marchionne , 1982 , 35) .

١٠- نوبات الغضب و حدة المزاج Temper tantrums

يشير عثمان فراج أن الطفل الاوتيستك يمضي ساعات طويلة مستغرقا في أداء حركاته النمطية أو منطويا على ذاته لا يكاد يشعر بما حوله ، و إذا حاول أحد إيقافه عن الاستمرار في هذه الحركات أو اقتحام عزلته لإرغامه على الخروج منها فإنه يثور و يغضب

" كالثور الهائج " و يصدر سلوكا عدوانيا موجه نحو الشخص الذي حاول تغيير وضعه سواء كان أحد أفراد أسرته أو أحد أصدقاء الأسرة أو الأخصائي القائم بتدريبه ، و يستمر هذا السلوك لفترة حتى يتمكن المسئول عن إيقاف هذه الثورة (عثمان فراج ، ١٩٩٤ ، العدد (٤٠)، ٥ -٦) .

وقد يدخل الطفل الاوتيستك في ثورة غضب دون سبب واضح حتى في لحظات سكونه أو أثناء وجوده بمفرده في إحدى غرف المنزل (Schopler , et als , 1980) .

و يصف كل من كانر (١٩٧٣) ، سكوبلر و آخرون (١٩٨٠) نوبات حدة المزاج لدى الطفل الاوتيستك بالسمات التالية : -

١- يستمر في حالة من الهياج الشديد يدمر خلالها أغلب ما حوله من أشياء .

٢- لا تظهر قبل حالة الهياج ما يبررها من أمور .

(Kanner ,1973) .

٣- يبكي و يصرخ دون سبب واضح .

٤- تظهر هذه النوبات غالباً عقب منع الطفل من ممارسة أنماطه السلوكية الشاذة .

(Schopler , et als , 1980) .

١١- الخوف من أشياء خاصة Fear

يشير سكوبلر و آخرون Schopler , et als (١٩٨٠) أن الطفل الاوتيستك يخاف من أشياء غير مؤذية و لا تسبب الخوف للآخرين ، فمثلاً الطائرة أو مرور باص كبير أو نباح كلب أو مشاهدة أي حيوان يتحرك يسبب ذعراً وارتباكاً لا يمكن تجنب عواقبه إلا بالابتعاد عن رؤية هذه الأشياء ، ومما يزيد صعوبة الموقف إذا كان من المستحيل تجنب هذا الشيء الذي يخاف منه الطفل .

ومما يثير العجب ، أن هذا الطفل لا يخاف من الأشياء التي تُوجب الخوف وتحتاج الحذر كأن يسقط من الأماكن المرتفعة ، يلمس الأجسام الساخنة جداً أو الباردة جداً ، يقترب من مصدر الكهرباء ، يمشي في طريق السيارات دون المبالاة بأى خطر... وكل هذه النماذج تدل على أنه لا يُدرك النتائج المحتملة لهذه السلوكيات (ناديه أديب ، ١٩٩٣ ، ١٤) .

١٢- النشاط المتصل Excessive Activity

أشارت دراسات كامبل وآخرون أن كثيرا من الأطفال الاوتيستك يظهرون نشاطـا حـركيا زائداً Hyperactivity ، يمكن ملاحظته في السلوكيات التالية :-

١ـ يدير التليفزيون والراديو و المسجل وألعابه في وقت واحد .

٢- ينزل إلى الشارع لإرجاع ما سبق و اشتراه منذ قليل .

٣- يفتح الصنبور لينساب الماء في كل المصادر المائية معاً .

. (Campbell , et als , 1991 , 333)

٤- لا يستجيب لمحاولات منعه أو إيقافه عن هذه السلوكيات .

٥- دائم الجري و القفز في المكان و التنطيط على قطع الأثاث بالمنزل .

٦- إذا تم إيقاف نشاطه الزائد بالقوة فيتحول إلى حالة من العزلة التامة أو النوم لفترات قليلة جداً يعود بعدها لممارسة نشاطه الزائد دون توقف .

. (Campbell , et als , 1991 , 333 - 334)

و البعض الأخر من الأطفال الاوتيستك يميل إلى الكسل و الخمول الزائـد لدرجـة أنـه لا يمارس أي سلوك سوى الشرود و الاستغراق في عالم الخيالات (عثمـان فـراج ، ١٩٩٦ ، العدد (٤٥) ، ٥) .

١٣- قدرات خاصة Special abilities

بالرغم من جوانب القصور المتعددة التي يظهرها الأطفال الاوتيستك ، إلا أن هـؤلاء الأطفال لديهم بعض المهارات و القدرات الخاصة التي تدهش من حولهم .

و تذكر سميرة السعد أنها رأت طفلاً أوتيستك عمره (١٢) سنة يابـاني الجنسـية يسـتطيع عزف أي مقطوعة موسيقية حتى و لو كانت عالمية في ثواني بـدون نوتـة موسـيقية بعـد سماعها لمرة واحدة ، و يستغرق في العزف كأي محترف أخر وطفل أخر ماهر في المسـائل الحسابية المعقدة فيستطيع التعرف على حاصل ضرب أو قسمة بدون استعمال آلة حاسبة ممـا يذهل من حوله ، و في نفس الوقت لا يستطيع كتابة اسمه (سميرة السعد ، ١٩٩٣ ، ٣٩) .

و منهم من يكون ماهراً في تشغيل الآلات الكهربائية في عمر مبكر ، ومـــن يكـــون ماهراً في الرسم سواء نقلاً أو تخيلاً ، فقد رسم طفل إنجليزي اوتيستك عمره (١٠) ســنوات تمثال الحرية الأمريكي عندما جلس أمامه لمشاهدته لأول مرة ، كما أنهم يتمتعـــون بذاكــرة غير عادية خاصة الذاكرة البصرية المكانية ، فيستطيع هؤلاء الأطفال أن يعرفوا طريقهم مـرة أخرى للأماكن التي زاروها مرة واحدة فقط ، كما يعرفون طريق الأشياء التي تهمـــهم فـــي بيوت لم يزوروها منذ عدة أعوام (نادية أديب ، ١٩٩٣ ، ١٦) .

ومن الملاحظ أن هذه المهارات أو القدرات (الموسيقى – الإعداد – الذاكرة البصرية و المكانية) لا تعتمد على اللغة .

و قد أشارت شاه ، فريث Shah , Frith أن الأطفال الاوتيستك يحققـــون أداءً متمـــيزاً على اختبار رسوم المكعبات في حالة عدم تجزئة مواد الاختبار ، كما أن لديهم قـــدرة هائلـــة على تعلم و تذكر كلمات عشوائية غير مرتبطة أفضل من تعلم أو حفـــظ قطعـــة نثريـــة ذات معنى ، بالإضافة إلى ذلك فإن أداءهم على اختبارات الذكاء المعملية المرتبطـــة بالمـــهارات الأكاديمية أفضل من أداء أقرانهم العاديين أو ذوي صعوبات التعلم

. (Shah , Frith , 1993 , 1364)

أدوات تشخيص و قياس الاوتيزم :-

تعددت و كثرت الأدوات المستخدمة في تشخيص الطفل الاوتيستك ، ورغم ذلك مـــا زال التشخيص معقدا و صعبا للغاية ، و يكرر عثمان فراج في مقالاتـــه (١٩٩٤ – ١٩٩٦) أن ذلك يرجع إلى الغموض الذي يحيط هذه الإعاقة في جوانبها المتعددة ســـواء فـــي تشـــابه أعراضها مع كثير من الإعاقات الأخرى – كما سبق و تم عرضه أو أسبابها التـــي مـــازال العلم عاجزاً عن تحديدها تحديداً دقيقاً .

لذا فإن عملية التشخيص للطفل الاوتيسيتك رغم تحديد محكات و معايير للتشـــخيص الدقيق ، إلا أنها تحتاج إلى المتخصص المدرب الواعي ذو الخـــبرة العمليـــة العاليـــة فـــي ملاحظة و تسجيل السلوك اليومي لفترات طويلة ، بالإضافة إلى إجـــراء الفحـــوص الطبيـــة اللازمة على أجهزة السمع لاستبعاد حالة الصمم العضوي و على أجـــهزة الكـــلام لاســـتبعاد حالات البكم العضوي ، و عدم إهمال الفحص الطبي العصبي و التقدير البيوكيمائي العصبـــي ، و كذلك التقييم المعرفي باستخدام اختبارات الذكاء المناسبة .

و من الأدوات التي كثر استخدامها فى الدراسات التشخيصية ما يلى :-

١- قائمــــة ســـــلوك الاوتيســــتك (A.B.C.) Autistic Behavior Checklist

قام ثلاثة من علماء النفس المهتمين بإعاقة الاوتيزم و هم كرج ، أريك ، الموند Krug , Arick , Almond (١٩٨٠) بإعداد هذه القائمة للتعرف على الأطفال الاوتيســـتك ، واتسمت هذه القائمة بالبساطة و الدقة في التشخيص و إمكانية استخدامها في تصنيف الأطفـال ذوي الإعاقات الخاصة ، كما أنها تتمتع بدرجة عالية من الصدق و الثبات . و قد اســـتخدمها مورجان Morgan (١٩٨٨) في مجال التعليم تحت اسم " استمارة فرز حالات الاوتـــيزم فـي مجـال التخطيط التعليمي " Autism Screening Instrument for Educational Planning (A SIEP) للتعــرف على خصائص بروفيل المجموعات العمرية المختلفة (Campbell , et als , 1991 , 331) .

وتكونت (A B C) من (٥٧) سلوكا موزعة على خمسة أبعاد سلوكية تتمثل في :-

١- تقييم التفاعل الاجتماعي مع الآخرين و رعاية الذات .

٢- تقييم الاستجابات على المثيرات الحسية و الصوتية و المرئية .

٣- تقييم الاحتياجات التعليمية في المجال اللغوي .

٤- تقييم القدرة على التواصل اللفظي و غير اللفظي .

٥- تقدير القدرات العقلية و القابلية للتعلم و سرعة اكتساب الخبرات .

و تهدف هذه الأبعاد السلوكية إلى تزويد المدرســين و القــائمين بتخطيــط الــبرامج التعليمية بالمعلومات اللازمة لوضع البرامج المناسبة لاحتياجات الأطفال الاوتيستك .

و تعتمد هذه القائمة التشخيصية على ملاحظة و تقدير المعلم لسلوك الأطفال و يمكنه تميـــيز الأطفال ذوي المستوى العالي من الاوتيزم - أى ذوي الإعاقة البسيطة - و الذي قــد يكــون السبب المباشر في الإصابة بالاوتيزم هو البيئة المدرسية (Campbell , et als , 1991 , 331) .

٢- نظام الملاحظة السلوكي (BOS) (Behavior Observation System)

أعد هذه الأداة فريمان ، ريتفو ، سكروز Freeman , Ritvo , Schroth (١٩٨٤) لتشخيص حالات الاوتيزم على أسس موضوعية ، فيقوم الأخصائي بملاحظة (٢٤) ســـلوكا هادفا من أعراض الاوتيزم من خلال مشاهدة شريط فيديو للسلوك اليومى للحالـــة ثـــم يقـــوم الأخصائي بتسجيل معدل تكرار كل سلوك من هذه السلوكيات لفترة من الوقت تتيح التعـــرف

على مدى ثبات السلوكيات التي تسم الحالة ، و قــد اســتطاع واضعــي الأداة مــن خــلال ملاحظات حالات أوتيزم متعددة أن يضعوا معايير موضوعية لتشخيص الاوتيزم ، كما أنـــهم أشاروا بأن الأداة لا يمكنها غالباً التمييز بين الاوتيستك ذوي المستوى الوظيفـــي المنخفــض وذوي التخلف العقلي ، وكذلك التمييز بين الاوتيســتك ذوي المســتوى الوظيفــي المرتفــع والعاديين ، و يرى المؤلفون أن التقدير الكمي لتفاعل الأطفال مع الملاحظ أو الأخصائي هــو أفضل السلوكيات المعبرة عن التفاعل الاجتماعي لديهم (Campbell , et als, 1991 , 332) .

٣- مقياس ريتفو – فريمان لتقدير مواقف الحياة الواقعية (RLRS)

(Rtivo - Freeman , Real life Rating Scale ,1986).

قام ريتفو – فريمان بتعديل نظام الملاحظة (BOS) و إضافة بعض السلوكيات القابلة للملاحظة من خلال مواقف الحياة الواقعية بدلا من المواقف المعملية المصطنعة ، فأصبح هذا المقياس يتضمن (٤٧) سلوكاً مرتبطاً بأعراض الاوتيزم ، و اســتخدمه ريتفــو – فريمــان (١٩٨٦) في دراسات تقيميه للتعرف على أثر الفينفليرامين Finfluramine في تخفيـــف أعــراض الاوتيزم (Campbell , et als , 1991 , 332) .

٤- مقياس ملاحظة الاوتيزم Autism Observation Scale (A O S)

أعد هذا المقياس سيجل و آخــرون Siegel , et als (١٩٨٦) لتشــخيص حــالات الاوتيزم ويعتبر من المقاييس موضوعية التقدير ، يتكون من (٣٢) سلوكاً رباعية التقديــو ، و يقوم بالتقدير ملاحظ مدرب جيداً على كيفية تفريغ جلسات اللعب شبه النظاميـــة للأطفــال والمسجلة على شرائط فيديو .

وأن تطور المقياس ساعد في التعرف على المجموعات الفرعية المشتقة من الاوتــيزم والتــي يمكن أن تكون أكثر تجانسا من مجتمع الاوتيزم بصفة عامة ، و هذه المجموعات الفرعية قــد تكون ناشئة من الظروف الأسرية البيئية أو لها علاقة بمراحل النمو أو مصاحبـــة لأعــراض سلوكية أخرى (Campbell , et als , 1991 , 333) .

٥- مقياس الطب النفسي لتقييم الأطفال Children's Psychiatric Rating Scale (C.P.R.S.)

استخدم هذا المقياس لتقدير السلوك غير الفردي ، و قد استخدمه الملاحظــون فــي دراســات عديدة لتشخيص حالات الاوتيزم لأنه لا يتطلب تفاعلاً لفظياً ، كما استخدم في تجارب كلينيكيــة عديدة منذ عام (١٩٧٣) .

يتكون هذا المقياس من (٦٣) عبارة تم بناؤها و خاصة (٢٨) عبارة الأولى على أساس ملاحظة سلوك الطفل ، (١٤) عبارة الأولى منه مصممة لتلائم أطفال ما قبل المدرسة الاوتيستك و تشتمل هذه العبارات على السمات التالية : -

١- قلة المحصول اللغوي . ٢ - التململ أو العصبية .

٣- فرط النشاط . ٤ - ضعف أو قلة النشاط .

٥- علاقات شاذة بالأشياء و الموضوعات . ٦- الانسحاب .

٧- السلبية و عدم التعاون . ٨- الغضب و حدة المزاج .

٩- علاقة غير طبيعية بالآخرين . ١٠- عدم الثبات الانفعالي .

١١- انخفاض الصوت بدرجة غير مناسبة .

١٢- ارتفاع الصوت في صورة صياح أو ضحك بدون سبب .

١٣- شذوذ واضح في النطق إن وجد (لأن معظم الأطفال الاوتيستك لا يتكلمون) .

١٤- ممارسة سلوكيات نمطية شاذة كالاهتزاز أو الدوران أو ضرب الرأس بالحائط (Campbell , et als , 1991, 333) .

و قد حسب أوفيرال و كامبل Overall , Campbell (١٩٨٨) صدق التكوين والحساسية والخصوصية لهذا المقياس عن طريق تحليل بيانات (١٨٠) حالة من الأطفال الاوتيستك على أربعة عشر من عبارات المقياس ، و باستخدام التحليل العاملي متعدد المتغيرات ظهرت العوامل التالية :-

الاوتيزم - الغضب /عدم التعاون - فرط النشاط - الحديث غير الملائم .

وأوضحت العبارات الخاصة بعامل الاوتيزم كل خصائص الأطفال الاوتيستك واستخدم هذا المقياس في دراسات عديدة Campbell , et als , 1989 , Campbell , et als , 1990 للتعرف على آثار العقاقير المستخدمة في تخفيف أعراض الاوتيزم و منها هالوبيردول Haloperidol المستخدم في التحكم في فرط النشاط و الغضب ، نالتريكسون Naltrexone في تقليل الانسحابية و زيادة الحصيلة اللغوية (Campbell , et als , 1991 , 334) .

٦- قائمة ريملاند التشخيصية للأطفال ذوى السلوك المضطرب - الطبعة الثانية (١٩٧١)

(Rimland's Diagnostic checklist for behavior disturbed children - E2, 1971) تم عرض هذه الأداة بالتفصيل في الفصل الرابع تحت عنوان أدوات الدراسة .

٧- مقياس تقدير أوتيزم الطفولة (C.A.R.S.) Children Autism Rating Scale , 1980)

نظراً لأهمية هذا المقياس في مجال تشخيص و تقييم حالات الاوتيزم - فقد استخدمته الباحثة كإحدى الأدوات الأساسية في التشخيص و التقييم - و سيتم عرضه في الفصل الرابع تحت عنوان أدوات الدراسة .

بالإضافة إلى الأدوات التي تم عرضها توجد أدوات أخرى تفيد في تشخيص المظاهر السلوكية لحالات الاوتيزم و لكنها أقل استخداما في الدراسات و منها على سبيل المثال :-

المقابلة التشخيصية للاوتيزم (A.D.I.) Autism Diagnostic Interview

صممها ليوكوتر وآخرون Leo couteur , et als (١٩٨٩) لتحديد السلوكيات التي تميز أصحاب اضطرابات النمو الشاملة ، وتم التطابق بين العبارات المميزة لسلوكيات حالات الاوتيزم من خلال المقابلة الشخصية و الواردة في الدليل العالمي لتصنيف الأمراض في طبعته العاشرة (ICD - 10) و كان التقدير لهذه العبارات ثلاثي البعد أى يأخذ الطفل درجة (صفر) إذا كانت العبارة غير مطابقة لحالته ، يأخذ درجة (١) إذا كانت الصفة التي تمثلها العبارة موجودة لديه ولكن لا تظهر باستمرار ، يأخذ الدرجة (٢) إذا كانت الصفة التى تمثلها العبارة موجودة لديه بشدة ، و حققت هذه الأداة ثباتا و صدقا في التمييز بين حالات الاوتيزم و ذوي التخلف العقلي في عمر المدرسة و لكنها لازالت تحتاج إلى الإضافة و التعديل لكى تستخدم مع حالات في عمر ما قبل المدرسة (Campbell , et als , 1991, 330).

أداة تقدير السلوك الاوتيستك و النمطى لدى الأطفال (BRIAAC)

Behavior Rating Instrument for Autistic and Atypical children

أعد هذه الأداة روتنبرج و آخرون Ruttenberg , Dratman , Fraknei Wenar (١٩٦٦) واستخدمت في دراسات عديدة ; Wenar , et als , 1976 ; Ruttenberg , et als , 1977) Wenar , et als , 1986) و لكنها لا تصلح إلا للأطفال في عمر (٤- ٥) سنوات . تكونت الأداة من (٨) مقاييس فرعية تصف سلوك حالات الاوتيزم من الدرجة الشديدة الإعاقة إلى المستوى العادي واستخدمت في تقييم فعالية العلاج العقاري المستخدم مع حالات الاوتيزم ومقارنة مظاهر النمو لدى الأطفال العاديين و الاوتيستك (Campbell , et als , 1991, 331) .

جدول الملاحظة لتشخيص الاوتيزم Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)

أعد هذه الأداة لورد و آخرون Lord , et als (١٩٨٩) لملاحظة سلوك التواصل الاجتماعي لدى الاوتيستك المرتبط بأنواع أخرى من الاضطرابات ، و هذه الأداة لا يمكن استخدامها منفردة في التشخيص ، بل يجب استخدامها مع أدوات أخرى مثل المقابلة التشخيصية للأوتيزم (ADI) ، و تستخدم هذه الأداة مع الأفراد الذين يتراوح عمرهم العقلي بين ٣ سنوات فأكثر(Campbell , et als , 1991, 331-332) .

مقياس تقدير السلوك الموقوت Timed Behavior Rating Scale (TBRS)

أعد هذا المقياس كوهين و آخرون Cohen , Anderson , Campbell (١٩٧٨) لقيـاس مدى تكرار حدوث السلوكيات المصنفة في عشر مجموعات كل (٣٠) ثانية لمدة عشرة دقائق ويهتم هذا المقياس برصد التغيرات الحسية والوجدانية الناشئة عن تناول عقار Haloperidol (Campbell , et als , 1991, 333) .

مقياس تقدير النمطية الموقوتة Timed stereotyped Rating Scale (TSRS)

أعده كامبل (١٩٨٥) واستخدمه في دراسات أخرى منها Campbell , et als 1985) (Campbell , et als , 1990 ; لفحص التغيرات الحادثة في السلوك النمطي لحالات الاوتيسـتك التي تتناول عقار هالوبيردول (Campbell , et als , 1991, 333) .

لقد تم عرض أهم الأدوات التي استخدمت في تشخيص حالات الاوتيزم من الناحيـــة السلوكية ، و حيث أن مظاهر أو أعراض الاوتيزم ليست سلوكية فقط و لكي يكون التشـخيص متكاملً ، لابد من التشخيص للجانب المعرفي و العضوي للحالـــة فيتــم تشــخيص القــدرات المعرفية لدى الاوتيستك باستخدام اختبارات الذكاء ، و كان أكثرها اســتخداما هــو اختبــار وكسلر المعدل (WISC - R) .

وعادة يقتصر على الجزء العملي منه لضعف القدرات العقلية اللفظية لدى الاوتيســتك لأنه لا يستجيب على الجزء اللفظي من الاختبار ، اختبار رسم الرجل ، متاهــة بورتيــوس ، لوحة جودارد ، اختبار ستانفورد بينيه اختبار الذكاء المصور لأحمد زكي صــالح و يجــب الاعتماد على أكثر من اختبار لمعرفة العمر العقلي للحالة ، كما تعامل النتيجة بحــذر و فــي ضوء نتائج الملاحظة و اختبارات سلوكية أخرى .

كما يجب ألا نهمل الجانب العضوي في التشخيص ، فإن أهمية الفحص الطبي للطفل لا تقل بل تزيد عن أهمية الجوانب السلوكية للظاهرة ، حيث أن الجانب العضوي له دور كبير في هذه الإعاقة ، و منها الفحص الكروموزومي ، فحص الجنين أثناء الثلاث أشهر الأولى من الحمل ، الرسام الكهربائي للمخ (Electro encephalogram (EEG، فحص الرنين المغناطيسي للمخ (Magnetic Resonance Imaging (MRI) (Campbell . et als , 1991 , 337) .

و لما كانت الاضطرابات البيوكيميائية من العوامل المسببة للإصابة بالاوتيزم فكان من الضروري عند التشخيص الكامل للحالة فحص هذه الجوانب البيوكيميائية و منها جهاز الدوبامين Dopaminergic System ، و كذلك جهاز السيروتونين Serotonergic System ، Endogenous Opiods

(Campbell , et als , 1991 , 339) ، و سيتم شرح علاقتهم بالاوتيزم عند شرح الأسباب .

أسباب الاوتيزم Causes of Autism

يعتبر الاوتيزم من الإعاقات النمائية التى مازال يحيطها كثير من الغموض في كافة جوانبها وخاصة الاتفاق على تحديد العوامل المسببة لها . فهل هى نفسية ، عضوية ، وراثية ، جينية ، بيوكيميائية أو هى نتيجة لتفاعل هذه العوامل ؟ أو هى ليست هذا ولا ذاك ولكنها نتيجة لعوامل مسببه أخرى لازلنا نجهلها تماما .

ونتيجة لتباين وجهات النظر التى اهتمت بتحديد أسباب الاوتيزم وتباين الأنساق الفكرية والوحدات التفسيرية والأطر النظرية التى تبنتها كل وجهة نظر، يمكن أن نصنف وجهات النظر هذه في الأطر النظرية الآتية :-

أولاً : وجهات النظر النفسية والسيكوديناميه :-

تعتبر النظرية السيكودينامية من أقدم النظريات في تفسير الأسباب المتوقعة للاوتيزم ، حيث كان يعتقد أن شذوذات معينة في شخصية الأم وطريقة تربية الطفل تهيئ لحدوث هذا الاضطراب (محمود حموده ،١٩٩٣، ١٠٧) ، ونظرا لأهمية العلاقة بين الطفل وأمه في الشهور الأولى من حياة الطفل ودورها في الإصابة بالاضطراب ، فقد تم تصنيف مكونات هذه العلاقة على النحو التالى:-

أ-ميكانزمات العلاقة النفسية بين الطفل والأم : -

يرى أنصار هذه النظرية "كانر،اسبيرجر،جولدفارب،بتلهيم،ريملاند" أن الاوتيزم ينشأ عن خبرات مبكرة غير مشبعه وتهديديه ، فينشأ الأساس المرضى نتيجة فشل "أنا" الطفل في تكوين إدراكه نحو الأم ، والتى تكون بمثابة المثل الأول لعالمه الخارجى ، وبالتالى لم تسنح له الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص آخر منفصل عنه (Wing , 1966 ,31) .

ويشير اوجرمان إلى أن فشل العلاقة العاطفية بين الأم والطفل قد يكون مرتبطا ببعض أنواع الانفصال عن الأم سواء كان هذا الانفصال طبيعيا أم عاطفيا ، فالانفصال الطبيعى ربما يكون بسبب طول فترة البعد عن الطفل والتى تحدث عند ميلاد طفل جديد أو حمل آخر للأم بسبب انشغالها بعض الوقت عن الطفل (O'Gorman,1970,64-66) .

أما الانفصال العاطفي فيرجع إلى عدم قابلية الأم والطفل لصنع علاقة مرضيه معا وربما يرجع ذلك إلى أن الأم فصامية أو تعانى من مرض عاطفي أو متعلقة طفوليا بأمها لدرجة أنها لا تستطيع القيام بدور الأم (O'Gorman,1970,64-66) .

ويضيف 'اوجرمان بعض الأسباب التى ينشأ عنها ضعف أو فشل علاقة تواصل الطفل بأمه :-

١- اضطراب العلاقة بين الوالدين يؤدى إلى فقدان الهدوء اللازم لتربية الطفل تربيه سويه .

٢- عدم الاستجابة للطفل باستمرار تجعله يفضل الأشياء عن الناس ويشك في استجابات الإنسان بصفة عامه .

٣- غيرة الأب من ارتباط الأم بطفلها تجعل الأم لا تحافظ على هذا الارتباط .

٤- وجود صعوبات في تغذية الطفل منذ الميلاد بسبب بعض العيوب الخلقية في فك الطفل أو مرض الأم أو ولادته قبل الميعاد وما يترتب عليه من دخوله الحضّانة لفترة من الوقت تمنع الأم من إرضاعه والالتصاق به (O'Gorman,1970,66-68) .

ونظرا لتأكيد أنصار هذه النظرية على دور الوالدين في الإصابة بالاوتيزم ، فقد قدم كثير من العلماء وصفا لهؤلاء الأباء ، فذكرت لورانا وينج أن الأباء الأكثر ذكاءً احتمالية إصابة أبنائهم بالاوتيزم أعلى من أبناء الأباء متوسطى الذكاء (Wing , 1966 ,29) .

وذكر كابلان وسادوق Kaplan , Sadock في وصف هؤلاء الأباء بأنهم نادرا ما تكون لديـــهم مشاعر دافئة تجاه أبنائهم بل أن غالبية هؤلاء الأباء يكونوا مهتمين بالعمليات العقلية التجريديـة أكثر من اهتمامهم بالعلاقات الاجتماعية المتبادلة (Kaplan , Sadock , 1985 , 732) .

أما بيرج Berg فقد ذكر أن الاوتيزم أكثر احتماليه لإصابة أبناء المديرين والطبقـات التخصصية (Berg ,1985,295) .

وقدم كانر وصفا تفصيليا لأباء الأطفال الاوتيستك من خلال الدراسة التى أجراها مـع ايزنبرج Eisenberg , Kanner (١٩٥٦) فوصفهم بالتبلد الانفعـالى Refrigeration Emotional والبرود العاطفي Cold ، الرغبة في الاستحواذ Obsessional ، العـزوف عـن الآخريـن Detached ، أكثر قلقا ولديهم ضعفا في دفء العلاقات الأبوية ، ضعـف عـام فـى ملامـح الشخصية ويميلون إلى الآلية في كل شئ Mechanical كما أن لديهم ذكاء ملحوظا ، وأكـد أن الوالدين لا يرغبان في وجود هذا الطفل (Goldstein,et als,1986,644) .

كما أكدت ميللر Miller أن أباء الأطفال الاوتيستك غالبـا مـا يكونـوا شـخصيات وسواسيه ولديهم تبلد انفعالي وجمود في المشاعر مما يقلل تفاعلهم مع أبنائهم مع العلم بأن أباء وأمهات هؤلاء الأطفال كانوا من ذوى المستويات والمراكز التربوية العالية ، وليس غريبـا أن الطفل الذي ينشأ في جو من الجمود العاطفى والانفعالي لا يحظى بالاستثارة اللازمة من خـلال العلاقات الداخلية في الأسرة ، ولا يجد ما يدفعه للاستجابة نحوها ، أن ينسحب سـن المحيـط الاجتماعي ويفضل العزلة داخل أسوار ذاتية مغلقه فى وجوه الاخرين (Miller,1990) .

ب- الانسحاب الجزئي:- Partial Withdrawal

يوصف بعض الأطفال الاوتيستك بالهدوء في مرحلة الطفولة المبكرة ، وذلك لأنـهم لا يبدون أى حركه تعاونيه تشير إلى الرغبة في التقرب من الأم ، كما أنهم لا يسـتجيبوا لرؤيـة الأم سواء بالبكاء عند الرغبة في الرضاعة أو بالضحك عند الرغبة فى اللعـب والمناغـاة ، وغالبا الأم لا تشك في شذوذ هذه السلوكيات وإنما تعتبرها علامات مميزه لهدوء الطفل (O'Gorman,1970,68-70) .

وفي بعض الحالات قد مرت مرحلة الطفولة المبكرة لديهم عاديه ، ولكن الانسـحاب بدأ متأخرا وبالتدريج فالطفل أصبح يهتم ببعض الأشياء دون الأشخاص ، فقد يهتم بالطعـام ، أشعة الشمس ، الخيال ، الأقمشة الملونة ، الضوضاء الخفيفة ، يكون اتصاله بالآخرين دائمـا

غير طبيعي وذلك بسبب عدم تدعيم الآخرين لأي سلوك تواصلي يصدر من الطفـل ، فيبتعـد الطفل عن إكمال العلاقة أو يحاول تكوين علاقات سطحيه ليحمى نفسه من فشـل الاتصـال . ولكن تظهر عليه علامات الاكتئاب كأحد عناصر الانسحاب الجزئي وتعتمد درجه الانسـحاب لدى الطفل على تكوينه الوراثي (O'Gorman,1970,68-70) .

ج-الانسحاب الاختيارى :- Selective Withdrawal

يُظهر الطفل الاوتيستك تمردا أو انسحابا اختياريا يتمثل في الآتي :-

١- يتحدث لواحد فقط أو اثنين من الناس أو ربما ليْس لأحد على الإطلاق .

٢- يتحدث بهدوء داخل البطانيات في الليل عندما يعتقد أن أحدا لا يسمعه أو يراه .

٣- يُظهر اجتنابا بصريا للمثيرات المحيطة به وينسحب من كل مجال تعلم .

٤- يُظهر رفضا تاما لاستخدام ذكائه .

٥- يُظهر صمما أو طرشا اختياريا عندما يتحدث معه أحد .

(O'Gorman ,1970,70-71) .

ويمكن تلخيص الأسباب السيكوديناميه للإصابة بالاوتيزم كمـا وردت فـي دراسـات وينج (١٩٦٦) ، اوجرمان (١٩٧٠) ، كابلان وسـادوق (١٩٨٥) ، جولدسـتاين وآخـرون (١٩٨٦) ، ميللر (١٩٩٠) على النحو التالي :-

١-رفض الأم للطفل وعدم توفير الحب والرعاية له منذ الشهور الأولى .

٢- انشغال أولياء الأمر بمهام تستدعى التأمل والتفكير وانصرافهم عن الاهتمام بالطفل .

٣ - فقدان الطفل الإحساس بالحب والحنان من المحيطين .

(Wing L. ,1966 ; O'Gorman ,1970) .

٤- اضطراب في العلاقات الأسرية اللازمة للبناء الصحي السليم .

٥ - فرض الأباء نوع من العزلة الاجتماعية على أبنائهم طبقا لطبيعة شخصياتهم .

٦-معاملة الطفل معامله ميكانيكية آلية وليست إنسانية يترتب عليها عـدم الشـعور برغبـات الطفل في الحب والعطف والحنان .

(Kaplan H. , Sodock B. , 1985) .

شخص اوتيستك يوجد فيها اضطرابات متعلقة بالكلام أو اضطرابات نمائية أخرى . (O'Garman,1970,47)

ويعتبر أنصار نظرية العوامل الوراثية أن الاوتيزم هو أحد النتائج المحتملة للذين يحملون الجينات التى لديها استعداد لاضطرابات التواصل أو الاضطرابات التعليمية الأخرى . فقد يؤدى الشذوذ في الكروموزومات إلى الإصابة بالاوتيزم ، مثل شذوذ كروموزوم فراجل X الذي يظهر في تحليل الجينات التي يظن أنها مصاحبة للاوتيزم، بالرغم أنه ليس كل الأطفال الذين يظهر تحليلهم نتائج غير طبيعية فى هذه الجينات اوتيستك ، فهو يصيب من (١٠-١٥) % من الذين لديهم اوتيزم (O'Gorman,1970,48) .

وقد قرر نيلسون وإسرائيل Nelson , Isreal أن الضعف في الكروموزوم Fragila Choromosome هو المسئول عن حدوث خلل في القدرات العقلية ويؤدى إلى الإصابة بالاوتيزم ويظهر ذلك في (٥-١٦) % من حالات الاوتيزم. وقد يعزو ذلك إلي انتشار الاوتيزم لدى الذكور أكثر من الإناث ، كما أضافا سببا آخر وهو أن التحجز في بعض الخلايا الداخلية Sclerois Tuberous والتي تتحول إلى الجين المسيطر على القدرات العقلية وربما ذلك يؤدى إلى حدوث (٥) % من حالات الاوتيزم (Nelson , Isreal , 1991, 278) .

ويرى بايلى وآخرون Baily , et als أن نسبة الاوتيسك الذين يظهر لديهم الكروموزوم (X) الهش حوالي (١٣) %، منهم (١٫٦) من التوائم أو الحالات الفردية التي لها ظروف أسرية مرتبطة بوجود اضطراب معرفي (Baily , et als , 1993 , 673) .

وبالرغم من هذه الدلائل التي يشير إليها علم أسباب الأمراض لتدعيم دور العوامل الجينية في نشأة الاوتيزم ، إلا أنها مازالت تحتاج لكثير من الدراسات لتدعيم هذا الدور بتوافر أدله مادية . (Baily ,et als , 1993 ,686)

٢-العوامل البيولوجية :-

يرى أنصار هذه النظرية أن العوامل البيولوجية التي ينتج عنها الإصابة بالاوتيزم تتمثل في إصابة المخ أو الخلل الوظيفي في أحد أجزاء المخ أو عدوى الفيروسات أو إصابة جهاز المناعة بالجسم ، ويمكن عرض هذه العوامل على النحو التالي :-

أ- إصابة المخ قبل أو أثناء الولادة :-

يرى سكوبلر أن الحالات التي تسبب تلفا للدماغ قبل الولادة أو أثنائها تـهيئ الفرصة لحدوث الاوتيزم مثل الحالات التي لم تعالج من الفينيل كيتونيوريا Phenyl ketonuria ، التصلب الحدبى Tubrous Sclerosis ،الاختناق أثناء الولادة والتهاب الدماغ ، تشنجات الرضع Infantile Spasms والالتهاب السحائى Meningitis (Schopler , 1982 , 51) .

وأكدت دراسات كامبل وآخرون على وجود شذوذات خلقيه عضويه بالمخ لدى الأطفال الاوتيستك بالمقارنة بأقرانهم الأسوياء ، وهذا يفسر حدوث المضاعفات الشديدة في الشهور الأولي من الحمل عند هؤلاء الأطفال ، كما أن (٢٠-٢٥)% من الاوتيستك يظهرون اتساع البطينات الدماغية في الرسام الكهربائي للمخ (EEG) ، وبالرغم أنه لا توجد شذوذات محدده في الرسام الكهربائي للمخ خاصة بالاوتيزم ، إلا أن هناك ما يثبت خلل سيطرة أحد نصفي المخ على الأخر. بالإضافة إلى ذلك فان الأطفال الاوتيستك لديهم احتمالية حدوث نوبات صرعية في وقت من حياتهم خاصة في سن البلوغ وهو شئ منفرد لهذه الفئة فقط ويحدث الصرع في حوالي ثلث الاوتيستك

(Campbell , et als ,1991 , 337) .

ويرى اجرمان أنه بالرغم من أن معظم الأضرار الدماغية تنشأ أساسا من اضطرابات طبيعية في المخ ، إلا أن هذه الاضطرابات ليست بسبب الأضرار التشريحية في المخ فقط ، بل أيضا بسبب اضطرابات التغيرات الكيميائية في الخلايا الحية والاضطرابات العاطفية (O'Gorman , 1970 ,54) .

ب -الخلل الوظيفي في المخ :-

يشير أنصار هذه النظرية بأن الخلل في جهاز الأدراك ينتج عن عدم القدرة على تنظيم استقبال الرسائل ذات العلاقة بالإحساس وعدم القدرة على الإحساس العصبي لكل الحواس وهذا ما يحدث لدى الأطفال الاوتيستك ويترتب عليه صعوبة تقديم أفكار مترابطة أو ذات معنى للحياة المحيطة بهم (Allen ,et als ,1991 ,483) .

كما ركز أنصار هذه النظرية على الارتباط بين العجز اللغوي لدى الاوتيستك ووظيفة الجزء الأيسر من المخ وبهذا تم إرجاع الإصابة بالاوتيزم إلى الخلل الوظيفي في عمل الجزء الأيسر من المخ لدى هؤلاء الأطفال (O'Gorman , 1970 , 58) .

وقد اتفق مع هذا الاتجاه نتائج دراسات روتر (١٩٦٨- ١٩٨٣) التى أشارت بأن العجز اللغوي لدى الاوتيستك لا يرجع إلى الإصابة بالاوتيزم بل هو المسبب الأساسي لظهور

عدد كبير من الخصائص الشاذة التي تميز الاوتيستك والتي يمكن إرجاعها إلـى الخلل الوظيفي في النصف الأيسر من المخ .

ولما كان لدى بعض الأطفال الاوتيستك قدرات فائقة في وظائف النصف الأيمن من المخ وبسبب بداية الاوتيزم المبكرة فإن الاختلال فى وظائف النصف الأيسر من المخ يمكن أن تعوض بأخرى من النصف الأيمن ، ولكن ما يظهر من عدم التعويض الواضح لوظائف النصف الأيسر من المخ في ما يناظرها في النصف الأيمن يوجه الأنظار إلى أنه قد يوجد اختلال ثنائي في جزئى المخ لدى الأفراد الاوتيستك (سميرة السعد ، ١٩٩٢ ، ١٩) .

ج- التأخر في نضج الجهاز العصبي المركزي :-

يرى بعض أنصار النظرية العضوية أن الاوتيزم يحدث نتيجه اضطراب أو تأخر نضج الجهاز العصبي المركزي ، واتضح ذلك من خلال سؤال عدد كبير من أمهات الأطفال الاوتيستك عن مظاهر النمو لدى أطفالهن فكانت إجاباتهن أنهم متأخرين في النطق ، رفع الرأس ، التعرف على الأم ، البعض لديه تأخر في نمو الحديث ، البلع ، عدم القدرة على الرضاعة فى مرحلة الطفولة المبكرة (O'Gorman ,1970 , 59) .

وقد أشارت دراسات كامبل وآخرون (١٩٧٢،١٩٧٨،١٩٨٠،١٩٩١) إلى وجود علاقة ارتباطيه بين الاوتيزم واضطراب الهيبوثلاموس وتم تفسير هذه العلاقة بناء على أن اضطراب الهيبوثلاموس يسبب توقفا في نشاط الغدد الصماء والانسحاب والتلعثم أثناء الحوار وهذا ما يظهر على الأطفال الاوتيستك (Campbell , et als , 1991 , 337) .

د-عدوى الفيروسات :-

قد ينمو الطفل طبيعيا ثم تظهر عليه أعراض الاوتيزم كنتيجة لعدوى الطفل بالفيروس فهناك حالات نقلت فيها العدوى للطفل من خلال الأم أثناء المرحلة المبكرة من الحمل مثل الحصبة الألمانية R u bella وقد بينت إحدى الدراسات أن إصابة الطفل داخل الرحم بفيروس يحدث خللا بسيطا للطفل ويظل كامنا حتى يبدأ نشاطه عندما يتعرض الطفل لتجربه نفسيه مؤلمة مثل ولادة طفل جديد أو فقد أحد آبائه أو تغيير مسكنه ، وذلك ما يؤكده آباء هؤلاء الأطفال من خلال ملاحظتهم (O'Gorman , 1970 , 55) .

هـ-إصابة جهاز المناعة :-

إن جهاز المناعة الذي يحمى الطفل عن طريق تكوين أجسام مضادة للقضـــاء علـــى الفيروسات والتخلص منها ، فإذا حدث له إصابة أو ضعف فيكون الطفل عرضـــه للإصابـــة بالعدوى الفيروسية التي ينتج عنها اضطرابات في نمو الطفل وقد يصاحبها الإصابة بـــالاوتيزم (Demyer , et als , 1986) .

ويشير كمال مرسى إلى أخطر الفيروسات التي يمكن أن تصيب الجنين عـــن طريـــق المشيمة ويترتب عليها وفاته أو إعاقة نموه داخل الرحم وبالتالي يأتي وليـــدا مشـــوها، وهـــذه الفيروسات : الجدرى – النكاف – التهاب الكبد الوبائى – الحصبة الألمانية (كمال مرســـى ، ١٩٩٦ ، ١٥٠-١٥١) .

٣- العوامل البيوكيميائيه Biochemical Factors

أكدت بعض الدراسات وجود علاقة ارتباطيه بين الخلـــل فـــي الأجـــهزة العصبيـــة البيوكيميائيـــه والإصابة بالاوتيزم (Ritvo, et als, 1971,1983; Campbell,et als,1976,1988,1990,1991) .

وأن المستويات المرتفعة لعديد من أجهزه الإرسال العصبية فى الـــدم عنـــد الأطفـــال الاوتيستك ينتج عنها تأخر في النضج وقصور الفهم لديهم ، وهذا الخلل الكيميائي يحتمـــل أن يؤدى إلى وجود اضطراب وظيفي في عمل نصف المخ الأيسر وأيضا يؤثـــر علـــى كفـــاءة الجهاز المناعي لأمراض الحساسية المرتبطة بنوع خاص من بروتين المخ كـالمين Myclin الضرورى للأفكار المعرفية (Warren , et als , 1986) .

وتشير دراسة يونج وآخرون Yong , et als أن ثلث الأفراد الاوتيستك يظـــهر لديـــهم ارتفاع في نسبة السيروتونين في الدم وهذا ناشئ من ارتفاع معدل الســـيروتونين فـــي كـــل صفيحه دموية وليس بالضرورة ناتج من ازدياد عدد الصفائح الدموية ، كما لوحظ أيضـــا أن هذا المعدل المرتفع موجود لدى ثلث الأطفال ذوى التخلف العقلي الشـــديد غـــير المصحـــوب بالاوتيزم (Yong , et als ,1982) .

أما كامبل وآخرون فقد أشاروا إلى وجود علاقة عكسية بين معدل بلازما الســـيروتونين في الدم والوظائف العقلية لدى الاوتيستك . وعند مقارنة عشـــره مـــن الاطفـــال الاوتيســـتك بمجموعة من زملائهم العاديين وجد كوهين وآخـــرون Cohen , et als (١٩٨٠) ارتفـــاع السيروتونين في الدم ، ونقص في (5-Hydroxyindoleacetic) وفي سائل النخـــاع الشـــوكي Cerebrospinal fluid بمعدلات ذات دلاله منتظمة لدى الأطفال الاوتيســـتك وكذلـــك ازديـــاد

معدلات حمض الـهوموفانيليك Homovanillic Acid لديهم بنسبة (٨٧:٤١٤) مجم . (Campbell , et als , 1991 , 341)

يشير هيلى وروبرت Healy,Robetes (١٩٦٥) بأن الأطفال الاوتيستك لديهم شذوذ في عمليات الأيض للتريبتوفان Tryptophan ، وقد توصل ساكين وآخرون أثناء القيام بعلاج حالات من الأطفال الاوتيستك باستخدام عوامل استقبال الدوبامين Dopamin للتخلص من السلوك النمطى أن الاوتيزم ينشأ من زيادة النشاط الوظيفي لأجهزة الدوبامين في المخ . (Sahakian , et als , 1986 , 285)

وقد اكتشف فريد هوف وآخرون Fried , et als (١٩٦٢) وجود مادة (3-4 dimethoxphenylethylamine) فى بول الأفراد الاوتيستك ، وهذه المادة غير موجودة لدى العاديين (O'Gorman , 1970 ,56) .

وقد توصلت دراسات سيمون وجيلز (١٩٦٤) إلى أن بعض الأطفال الاوتيستك لديهم قصور شديد في الهيكل العظمى وتكوينه ، وآخرون لديهم قصور فى الوزن والطول ، وافترض الباحثان أن هذا القصور يرجع إلى اضطراب وظيفي في الغدة النخامية ، وفي دراسات أخرى لنفس الباحثان توصلا إلى أن الأطفال الاوتيستك لديهم نقص في كميات الأنسولين والجلوكوز ، وزيادة في تركيز عنصر الرصاص في بلازما الدم ، وهذه الزيادة قد ترجع إلى اضطراب في عملية الأيض للخلايا أو إلى اضطراب في وظيفة الغدد الصماء (كالنخامية-التيموسية-الدرقية-الادرينالية-التناسلية-البنكرياسية) (O'Gorman , 1970 , 57) .

ويرى البعض أن الخلل في التمثيل الغذائى الناشئ من نقص الانزيمات التي تحول الأحماض إلى مواد مفيدة للجسم قد ينشأ عنه إصابة بالاوتيزم المصحوب بالتخلف العقلي (سميرة السعد ، ١٩٩٢ ، ١٨) .

ويفسر كمال مرسى هذه الكيفية :عندما يصاب الطفل بمرض الفينيل كيتونيوريا الناشئ من نقص الانزيم الذي يحول حامض الفينيل الانين Phenylalanine إلى بروتين مفيد للجسم فيتراكم الحامض وتزداد نسبته في الدم وأنسجة الجسم ويؤدى استمراره إلى إتلاف خلايا الدماغ والجهاز العصبي فيصاب الطفل بالتخلف العقلي الشديد أو المتوسط المصحوب أحيانا بالاوتيزم (كمال مرسى ، ١٩٩٦ ، ١٣٥) .

ثالثا : وجهات النظر التفاعلية :-

يعتقد البعض أن أسباب الاوتيزم نفسيه عاطفية ، والبعض الآخر يعتقد أنها عضويـــه بيولوجية وراثيه ، بيوكيميائيه ، وتعتقد مجموعة ثالثة أن أسباب الاوتيزم ترجع إلـــى النتـــاج المشترك للاستعدادات الطبيعية الجسمية منها والوراثية بالإضافة إلى ما يحدث داخـــل محيـــط الأسرة من صدمات وضغوط وعوامل إحباط وغيرها (Koegel , et als , 1992 ; Krantz, McClannahan, 1993 ; Pierce , Schreibman , 1994)

وتؤيد الباحثة هذا الاتجاه لما توصلت إليه من معلومات خلال دراسة الحالة ، فوجـــدت أن الأطفال الذين تعسرت ولادتهم وتمت قبل أو بعـــد الميعـــاد المحـــدد ، والذيـــن تعرضـــوا لمضاعفات الأمراض المعدية كالحصبة ، والذين أشرف على تربيتهم أباء مضطربون نفســـيا أو عقليا كانوا أكثر عرضه للإصابة بالاوتيزم .

وعموما فإن الأسباب التي تم عرضها هي احتمالات متوقعـــه للإصابـــة بـــالاوتيزم وليست أكيدة ، ومازالت في طور البحث والدراسة .

الأساليب المستخدمة في (علاج – تدريب – تعليم) الأطفال الاوتيستك :-

يعتبر علاج الطفل الاوتيستك عملا صعبا للغاية ، وربما يرجع ذلك إلى صعوبة فـــهم السبب الذي أصبح من أجله الطفل اوتيستك .

ويشير اوجرمان إلى أن تفاعل المعالج أو المدرب مع الطفل الاوتيستك والطرق التـــي يستخدمها في علاجه أو تدريبه يجب أن تكون بقدر الإمكان قائمه على إدراكه لطبيعة هذا الطفل.

ويضيف اوجرمان أنه عندما يفشل الطفل في التحسن بعد ساعات طويلة من العـــلاج والتدريب ، فإن المعالج يكون غير قادر على قبول هذا الوضع كفشل لشـــخصيته كمعـــالج ، ويميل إلى اعتبار الطفل غير قابل للعلاج ، أما إذا كان المعالج واعيا ومثاليا فيتقبل فشل الطفـــل ويصبح أكثر تصميما وإصرارا على الاستمرار في معالجته (O'Gorman , 1970 ,124) .

ويشير التراث السيكولوجي إلى ثلاث مداخل علاجية تـــم اســـتخدامها مـــع الأطفـــال الاوتيستك ، ويتم عرضها على النحو التالي :-

١- العلاج النفسى للطفل والأسرة :-

استخدم هذا المدخل العلاجى أصحاب النظرية التحليليـــة (Wing ,1966 ; Kanner ,1973 ; Kaplan ,Sodock,1985;Berg,1985; Goldstein,et als,1986) الذين يعتبرون الاوتـــيزم

اضطراب انفعالي عاطفي ناشئ من رفض الوالدين لإقامة علاقة مع هذا الطفل وبرودة مشاعرهما .

ويشجع هذا المدخل ضرورة عزل الطفل من منزله أسرته وإدخاله إلى إحدى المصحات أو دور الرعاية ذات الإقامة الكاملة ، ويقدم العلاج المناسب للطفل ثم يتم إعداده للعودة إلى أسرته بالتدريج بعد إحداث تغير في البيئة المحيطة بالطفل ، وبعد أن فشلت هذه الطرق التقليدية في إحداث تحسن في حالة الأطفال الاوتيستك ، بدأ التفكير في أساليب أخرى للتدخل مع رفض الرأي القائل بأن الاوتيزم اضطراب انفعالي (O'Gorman , 1970 ,112) .

٢- العلاج الطبى :-

استخدم هذا المدخل أصحاب النظرية العضوية التي تعتبر أن الاوتيزم ناشئ من خلل عضوي داخل الطفل ومنهم وينج (١٩٦٦) ، روتر (١٩٦٧-١٩٨٦) ، كامبل وآخرون (١٩٧٨-١٩٩١) وقد تم استخدام العلاج الطبى بالأساليب التالية :-

أ -العلاج الجسدى :-

يتضمن محاولة علاج أي مرض يصيب الخلايا الحية أو الخلل الوظيفي الذي يصيب الهرمونات، مثل استخدام السماعات لتحسين حالة السمع أو علاج الحّول أو تحسين طريقة المشي والوقوف ، إن كان ذلك ممكناً بشرط عدم المغامرة بجعل حياة الطفل غير سارة فيكون عاملاً مساعداً في تحسين حالة الطفل النفسية وقد يكون سبباً في تحسن سلوك الطفل بصفة عام (O'Gorman , 1970 ,125) .

ب- العلاج الكيماوى :-

يشتمل على أدوية - فيتامينات - مضادات خمائر، يرى بعض العلماء أن العلاج الكيماوي أكثر فاعلية في تخفيف أعراض الاوتيزم ، ومن العقاقير التى تم استخدامها هاليبردول Haloperidol ، أنتى دوبامينيرجيك Antidopaminergic في اختزال السلوكيات النمطية Fish , 1976 ; Campbell , 1978 وفي دراسة أخرى لكامبل (١٩٨١) أشار بأن هذه العقاقير تفيد في تحسن القدرة على الكلام إذا تم استخدام العلاج السلوكي بجانب تناولها (Campbell , et als ,1991 ,341).

أما عقار فينفلرمين Fenfluramine يختزل معدل السيروتونين في الدم , Ritvo) (1983 ويستخدم الامفيتامين Amphetamines في خفض النشاط الزائد وزيادة الانتباه ،

فونثزين"Phonothiozines في خفض القلق والعنف الزائد المرتبط بايذاء النفس (Campbell , et als ,1991 ,341) .

وقد استخدم فيتامين (مانجنيز ب٦) B6 / Magnesium مع حالات الاوتيزم بصفة عامه لما له من مضاعفات محدودة جداً وفاعليه إلى حد ما في تحسن الحالات (Sahakian , et als , 1986 , 285) .

وقد تستخدم مضادات الخمائر Anti-Yeast في حالة الاعتقاد بأن السبب في الإصابة بالاوتيزم هو إصابة الطفل بنوع من الفطريات يدعى Candida أثناء الحمل ، فهذا الفطر ينتشر في الجهاز العصبي للطفل ويسبب له مشاكل في الجهاز الهضمي وأضرار في الجهاز البولي ، ويتسم هؤلاء الأطفال بأنهم عادة يظهرون لمس جنس لأعضائهم التناسلية ، وقد كانت نسبة التحسن لدى هذه الحالات بعد تناول مضادات الخمائر بنسبة ١٧:١ (أشرف لطيف ، محاضرات دورة الاوتيزم ، ١٩٩٦) .

ج- العلاج بالصدمات الكهربائية :-

في بعض الحالات يكون استخدام الصدمات الكهربية مفيدا بشرط أن يكون مركزا ولفترات طويلة بمعدل أربع أو خمس جلسات في الأسبوع الواحد لمدة أربع أو خمسة أسابيع ، ويذكر أوجرمان أنه استخدم هذا النوع خلال ممارسته لعلاج حالات الاوتيزم فقط في الأطوار الأكثر حده من الاوتيزم لدى المراهقين ، كما أنه مكلف من الناحية المادية (O'Gorman , 1970 , 126) .

٣- العلاج السلوكي :-

يعتبر المنحى السلوكى Behavior approach وتعديل السلوك Behavior Modification من أهم الاستراتيجيات التي سجلت نجاحا ملموسا في تعليم وتدريب الأطفال الاوتيستك ، وتم استخدامه في العديد من الدراسات العلاجية ومنها (Charlop,Milstein,1989,Koegel,et als,1987,1992 ;Biklen,1992; Myles,Simpson ,1994) وقد أمكن التغلب على كثير من الصعوبات والمشكلات التى يصدرها الأفراد الاوتيستك باستخدام أساليب ومبادئ المنحى السلوكى التى ذكرها واطسون ، ويمكن عرضها على النحو التالى :-

١- ملاحظة السلوك، المطلوب التخلص منه وتسجيل مدته ودورتيه والتعرف على الظروف التى تؤدى اليه والنتائج التى ترتبت عليه وتتبعه .

٢- عند إلغاء سلوك سئ يميل الطفل إلى ممارسته باستمرار ، فيجب البحث عن السلوك الطيب البديل المراد إحلاله محل السلوك السئ .

٣- عند تعليم سلوك أو مهارة جديده ، فيجب تقسيم هذا العمل إلى خطوات بسيطة يمكن تنفيذها بسهوله مع تلقين الطفل التعليمات الواجب إتباعها بشكل واضح ومفهوم لديه ، ثم يقل التلقين بالتدريج حتى يتلاشى ويستطيع الطفل القيام بالمهمة بدون مساعدة .

٤- التعزيز والتشجيع بشتى الوسائل المادية والمعنوية لكل سلوك طيب يصدر عن الطفل ، فهذا يساعد دائما على زيادة حدوث هذه الأنواع من السلوكيات ، وتجاهل السلوك السئ (كلما أمكن) فهذا يساعد على تقليل أو التخلص من معظم أنواع السلوك التي يهدف الطفل من ورائها جذب انتباه الآخرين .

٥- تغيير الظروف المصاحبة لحدوث السلوك السئ لتقليل فرص بدء حدوثه .

٦- لابد من الاستمرارية والإصرار على نفس التعليمات كلما صدر السلوك السئ من الطفل .

٩-يجب مراعاة عدم التناقض بين السلوك الصادر من الكبار والقواعد التى تفرض على الأطفال لأن هذا يسبب لهم نوع من الحيرة والارتباك

(واطسون ، ١٩٨٨ ، ١٢٢) .

وقد أثبتت أساليب تعديل السلوك فاعليتها في اختراق عزله الأطفال الاوتيستك والتعامل معهم والتحكم في المشكلات الصادرة عنهم ، ولما كان تدريب الأطفال الاوتيستك يتطلب تغييرا لعدد كبير من السلوكيات ، فقد حرص المتخصصون على فحص السلوكيات الأساسية التى تميز الاوتيستك والتى عند تغييرها تظهر تغيرات إضافية في السلوكيات الأخرى التى لم يتم التدريب عليها .

وتمكن كوجل وآخرون من التغلب على سلبية الأطفال الاوتيستك المتمثلة في عدم إظهار أية ردود أفعال تجاه الآخرين ، وتم ذلك بفحص الأنشطة المفضلة للطفل وغير الملائمة اجتماعيا ، ومعرفة الدافع وراء ممارسة هذه الأنشطة وإلى أى مدى يستمر الطفل في ممارسته لها التى تمنعه من ممارسته سلوكيات أخرى تحقق له التواصل مع الآخرين ، ثم تمكنه من التحكم في هذه السلوكيات غير الهادفة وتحويلها إلى سلوكيات هادفة

. (Koeggel ,et als ,1987 ,243-244)

وأضاف كوجل وآخرون أنهم استطاعوا تعليم الأطفال الاوتيستك مهارات التواصل غير اللفظى المتمثلة في اتصال العيون ، اللعب بالألعاب المختلفة (Koeggel ,et als ,1987 ,243-244).

وقد اعتبر كوجل وآخرون أن السلوكيات المحورية لدى الاوتيستك تتمثل في العجز الاجتماعى واللغوى ، وإذا حدث تعديل في سلوك التواصل الاجتماعى وتنمية الجوانب الاجتماعية للغة يصاحبها تحسن واضح في زملة أعراض الاوتيزم وأشارت هذه الدراسات بأنه عندما يتم تعليم الاوتيستك وتوضيح الحقائق لهم من خلال سلوك التواصل الاجتماعى فيمكن تعليمهم الاستجابة لأوامر الآخرين بإحدى وسائل التواصل غير اللفظى (Koeggel , et als ,1992 , 345) .

واهتم كوجل وفريا بتعديل جوانب القصور الاجتماعى للتواصل غير اللفظى لدى الاوتيستك ، والمتمثلة في : العجز عن الاستجابة للآخرين ، ظهور ردود أفعال غير ملائمة للموقف مثل تعبيرات الوجه ، نظرات العين ، عدم الاهتمام بتلميحات الآخرين للرغبة في تغيير موضوع المحادثة أو إنهائها ، السلوكيات النمطية والإيماءات غير اللفظية والميل القهرى لعدم التغيير (Koegel , Frea ,1993 ,369-370) .

وأشار مايلز وسيمبسون Myles . Simpson إلى الدليل الذى قدمه كل من بيكلين وسكوبرت Biklen , Schube (١٩٩١) على أن الاتصال الميسر Facilitated Communication (FC) يتيح للأفراد الاوتيستك الاستخدام الأمثل لقدراتهم في التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم عندما يقدم لهم تدعيم مستمر من المدرب ، وظهر ذلك في تعلم قدرات كتابيه وعدديه غير متوقعه ، والتعبير عن الرغبة في المشاركة والعمل الاكاديمى الواضح والفكاهة والإبداع وقد استخدم كروسلى Crossley (١٩٨٥،١٩٨٨) طريقة الاتصال الميسر التى يمكن بواسطتها ارتقاء مهارات القراءة والكتابة للأفراد الاوتيستك الذين لا يتكلمون ، وأكد أنه بعد تدريب قصير على الاتصال الميسر استطاع هؤلاء الأفراد التواصل مع الآخرين رغم الصعوبات التى تواجههم ، ومن بين هذه الحالات شابه اوتيستك ذكائها (٥٠) استطاعت أن تنتقل من برنامج تعليمى خاص إلى مدرسه ثانوية ، ووصف بيكلين Biklen (١٩٩٢) نتائج تدريب مارك Mark طفل السابعة ذوى الإعاقات الحادة بقوله بدون اتصال ميسر ليس لدى مارك أى وسائل اتصال فعاله ، فيظل ممسكا بالأشياء ويجذب الناس إلى أشياء أو أحداث تهمه ويظهر نوبات غضب كثيرة لكن بعد تدريبه على الاتصال الميسر استطاع أن يعبر عما يدور

في عقله ، يتحاور مع زملائه ويعمل واجبه المدرسى على نفس أو اعلى من مستوى من في سنه (Myles , Simpson ,1994 , 208) .

وبالرغم من هذه النتائج المبشرة بفاعلية الاتصال الميسر ، إلا أن النشرة الاخبارية للمجتمع الأمريكى للاوتيزم ترى أن الدليل التجريبى على صدق الاتصال الميسر غير موجود ، وقد حاول مايلز وسيمبسون تقييم فاعلية الاتصال الميسر باستخدام اختبارات اتصال غير لفظية مع مجموعة من الأطفال الاوتيستك فى عمر المدرسة وقام المعلمون بدور الميسرين (Myles , Simpson ,1994 ,210) .

ولما كان العجز في التواصل اللفظى من السمات الرئيسية لدى الاوتيستك ، كما أنه يؤثر على جوانب الحياة المختلفة لديهم نتيجة العجز الشديد في القدرة على إنتاج اللغة أو الاستجابة لها لغويا ، فقد اهتمت أبحاث عديدة بتطوير إستراتيجيات التدريس الفعال لمهارات اللغة لدى الاوتيستك ومنها [Krantz, et als, 1981; Mcgee, et als, 1983,1986; Secan, et als, 1989; Charlop, Milstein, 1989]

ويشير ماسجى وآخرون Mcgee, et als بأن استراتيجية التعلم الطارئ Incidental-Teaching قد استخدمت فى دراسات [Hart, Risley, 1968, 1974, 1975, 1980; Koegel, Rincover, 1974; Rogers, Waren, 1980] لتدريس اللغة ، وأكدت هذه الدراسات على أن التعلم الطارئ ذو فاعلية كبيرة في تعلم المحادثة التلقائية لأطفال ما قبل المدرسة ، وتتم عملية التعلم بهذه الاستراتيجية من خلال تنظيم عناصر البيئة الطبيعية بصوره تجذب الأطفال لممارسة بعض الأنشطة الهادفة في وجود المدرس الذى يقدم التعليمات المطلوبة والتدعيم الملائم ، وفي حالة توقف الطفل عن إصدار الاستجابة الملائمة يقدم له المدرس نموذج الاستجابة الصحيحة المراد إصدارها كى يستمر التفاعل .

وبالرغم من الاتفاق على فاعلية هذه الاستراتيجية ، فإن ماسجى وآخرون يشترطوا فيمن يستخدم معه هذه الاستراتيجية أن تكون لديه مهارات لغوية متعلمة من قبل تمكنه من بدء التفاعلات اللفظية ، ويضيف ماسجى وآخرون إلى فاعلية التعلم الطارئ أنه يتيح الفرصة للتدريب على مهارات اللغة جنبا إلى جنب مع التدريب على مهارات الحياة اليومية في البيئة المنزلية الطبيعية ، فهذا يدعم فرص التعميم للتركيبات اللغوية المختلفة ، ويُحسن قدرة الأفراد على المشاركة في أنشطة الجماعة مثل رحلات التسوق ، وتناول الطعام في المطاعم ، وزيارة العائلات (Mcgee, et als, 1983, 329-330) .

وأستخدم ماسجى وآخرون التعلم الطارئ مره أخرى لتدريب الأطفال الاوتيستك على استخدام اللغة وتعلم مهارات تواصلية جديدة ، وتم ذلك بتدريس المهارات الخاصة بتعلم القراءة من خلال أنشطة اللعب (Mcgee, et als, 1986, 147) .

واستخدم فريق آخر من العلماء إستراتيجية التدريب والتوجيه في تعليم اللغة للاوتيستك ، فقد اهتم سيسان وآخرون Secan, et als بتدريب الأطفال الاوتيستك على مهارات الإجابة على الأسئلة الموجهة إليهم ، وتم ذلك بتعليمهم الإجابة (لا أعرف) عندما يواجهون الأسئلة التىلا يوجد لديهم إجابة مناسبة لها ، فهذه الإجابات يمكن أن تزيد من التفاعلات الاجتماعية لأنها تزود الآخرين بالدافع لاستمرار التفاعل ، وتتيح الفرصة للآخرين لتقديم المعلومات للأفراد الاوتيستك Scheibman , Carr, 1978 ، واهتم آخرون بتعليم الأطفال الاوتيستك استجابة (نعم) أو (لا) لقبول أو رفض الموقف ، فهذا يساعد الأطفال الاوتيستك الذين لديهم عجزا لغويا على الاستمرار في التفاعل مع الآخرين مع تزويد الآخرين بالمعلومات اللازمة للتواصل (Secan, et als, 1989, 181) .

وقد علم كل من نيلسون Nelson (١٩٧٣) ، بارنيل وآخرون Parnell , et als (١٩٨٤) الأطفال الاوتيستك الاستجابة على أنواع خاصة من أسئلة (-wh) (ماذا- كيف- لماذا) ثم تعلموا بعد ذلك إنتاج هذه الأسئلة (Secan, et als, 1989, 182) .

وقد أضاف بايل Paul (١٩٨٥) أن مهارات توجيه الأسئلة والإجابة عليها شئ هام لتطور مهارات المحادثه، وأن القدرة على الإجابة على الأسئلة في سياق المحادثة لها دلالات للتطور المعرفي واللغوى لمهارات المحادثة (Secan, et als, 1989, 182) .

وأستخدم كرانتز وآخرون Krantz, et als أيضا إستراتيجية التدريب على الاستجابة لأسئلة (-wh) والأسئلة الوصفية لتعليم الاوتيستك مهارة اللغة المركبة ، وقد ساهم هذا الأجراء في اكتساب الأطفال الاوتيستك مهارات التواصل التى تساعدهم على المشاركة في صنع القرار وتأمين حقوقهم (Krantz, et als, 1981, 294-295) .

ويشير شارلوب وميلستين Charlop, Milstein بأن النمذجة قد استخدمت فى دراسات : [Coleman, Stedman, 1974; Charlop, Milstein, 1983 ; Haring, et als, 1987] لتعليم الاوتيستك مهارات المحادثة .

كما توصلا تشارلوب وميسلتين الى أن نموذج الفيديو يعتبر وسيلة ملائمة لتعليم المراهقين الاوتيستك مهارات المحادثة ، مهارات الشراء ، والتعميم (Charlop, Milstein , 1989, 275) .

وحيث أن العجز الشديد في التفاعل الاجتماعى المتبادل يعتبر من المظاهر الأساسية المميزة للاوتيستك فهم نادرا ما يبدأون حديث تلقائي مع الآخرين بالرغم من اكتساب كثير منهم لغة تعبيرية ملائمة (Krantz, et als, 1981) .

وقد كرر كل من كرانتز ومكلننهان Krantz, McClannahan أن اكتساب الاوتيستك لمهارات التفاعل الاجتماعى يؤدى إلى اختزال السلوكيات غير المقبولة اجتماعيا .ويشير أكىء سكريبمان Oke, Scherbman (١٩٩٠) إلى تناقص الاضطرابات السلوكية لدى الاوتيستك عند تدريبهم على مبادأة التفاعل مع الآخرين ، في حين تظل كما هى عند تدريب أقرانهم العاديين على بدء التفاعل معهم ، ووجد لى وأدون L ee, Odon (١٩٩٠) أن زيادة التفاعل الاجتماعى للاوتيستك مع أقرانهم العاديين ينتج عنه اختزال في السلوكيات النمطية لديهم (Krantz, McClannahan , 1993, 121) .

وأثبت كوجل وآخرون (١٩٩٢) أن زيادة الإيجابية الاجتماعية للاوتيستك يترتب عليها انخفاض حدة السلوك المزعج لديهم .

وأستخدم كرانتز وميكلننهان منهج الكتابة المتلاشية لتعليم الأطفال الاوتيستك بدء التفاعل مع الأقران ، من خلال تعليمهم الاستجابات على الألفاظ والحركات المكتوبة الخاصة بموقفين من مسرحية درامية هما : مطعم هامبورجر ، محل حلاق ، وكان المدرب يشجع الأطفال على أن يفعلوا أو يقولوا محتويات الكتابة مثل (أنا أريد هامبورجر) ، وتوصل الباحثان إلى أن : التدريب على الأشياء المكتوبة عمل على نقصان الحاجة للتدعيم والتشجيع الزائد ، كما أن المدرب لم يصبح مشارك في التفاعل Volkmar, 1987 ، وأظهر الأطفال المتدربين استجابات اجتماعية مرتبطة بالموضوع ولكن لم يتم التدريب عليها (Krantz, McClannahan, 1993, 122) .

أما جوانب العجز في السلوك الاستقلالى ، فقد أهتم كل من المربين والأباء بالتعرف على أساليب تدريب الأطفال الاوتيستك عليها لما لها من أهمية بالغة في تحسن سلوكيات الطفل والمشاركة في العناية بنفسه والمشاركة في العمل وأنشطة وقت الفراغ بالإضافة إلى إدخال السرور والفرحة على الأسرة لما تشاهده من رعاية الطفل لذاته .

ويشير ماسدوف وآخرون بأنه قد تم استخدام فنيات متعددة لتنمية مهارات السلوك الاستقلالي لدى الأطفال الاوتيستك ومنها [التعليمات اللفظية – النمذجة–الإشارات والتلميحات–

التعزيز، إدارة الذات] في دراسات [Billingsley, Romer, 1983, Dumlap, Plienis, 1988, Sailor, et als, 1988, Koegel, et als, 1992]

وأن الأطفال الاوتيستك الذين تم تعليمهم مهارات وظيفية معينة كتلميع الأثاث وكتابة ورقات عمل غالبا ما يفشلون في عرض هذه الاستجابات تلقائيا ، ربما لأن ضبط المثيرات لم ينتقل من التلقين الفورى المرتبط بموقف التدريب إلى المثيرات الحادثة في الواقع ، لذا ينصح هؤلاء بتغيير مكان التدريب حتى يتعلم الطفل كيفية التعميم (Macduff, et als, 1993, 89) .

ولما كان الاوتيستك يعانى من صعوبة الاستجابة لأوامر مركبة ، بالرغم أنه تعلم الاستجابة لكل أمر على حده ، فقد تعلم أن ينظف أسنانه ويلبس ملابسه ويذهب للإفطار ، إلا أنه لا يكمل هذا الترتيب بدون تعزيزات كى يبدأ كل جزء من النشاط ، وللتغلب على هذه الصعوبة ، فقد أستخدم بعض الباحثين (Rabinsan , et als , 1977; Jahnsan, et als, 1981; Martin, et als, 1983 ; Wacker, et als, 1983) المنبهات البعدية مثل اللوحات – الصور الفوتوغرافية – الرسومات التخطيطية بأساليب متتابعة تساعد المشاركين على إكمال خطوات الأعمال باستقلالية، أما Sowers, et als, 1980 فقد علموا الراشدين من ذوى التخلف العقلى الانتقال باستقلالية من العمل إلى الغذاء أو من الراحة إلى العمل باستخدام المنبهات البصرية أيضا (Macduff, et als, 1993, 90) .

واستخدم بيرس وسكريبمان Pierce, Schreibman استراتيجية إدارة الذات Self Management في تيسير الأداء الذاتى لمهارات الحياة اليومية ، وقد حاول الباحثان دمج العناصر التقليدية لإدارة الذات والتى تتكون من :-

قدرة الذات على (إختيار المعززات ، مراقبة الأداء ، تقييم الأداء ، التحررمن التدعيم) واستخدامها كمثير لتعليم مهارات الحياة اليومية ، كما ركزا على استخدام الصور لتوجيه سلوك الأفراد الاوتيستك ، ثم اختبار فعالية الذات في تنمية الاستقلال الذاتى لمهارات الحياة اليومية ومدى اعتماد الأطفال على هذه الصور في ممارسة الأنشطة اليومية ، وتقييم مدى القدرة على التعميم في السلوكيات والمواقف غير العلاجية ، ودراسة التغير المصاحب لاكتساب مهارات رعاية الذات ومدى المحافظة على هذا التغير (Pierce, Schreibman , 1994 , 471- 472) .

٤- دور الأسرة في علاج وتدريب طفلها الاوتيستك :-

في خلال العقد الأخير ، ظهر تغير ملحوظ في فهم دور الأسرة في مساعدة الطفل الاوتيستك وأبتعد البحث العلمي والأساليب العلاجية من التركيز على استكشاف التفسيرات

ذات المنشأ النفسى فقط إلى الاهتمام بدور الأسرة في تقديم المساعدة والعلاج أيضا والتأكيد على الاستراتيجيات المشتركة التى يمكن استخدامها للتغلب على المشكلات الناشئة . (Cohen, Donnellan, 1985;.499)

وبعد أن أدرك المتخصصون Cutler, 1984, Schopler, Mesibov, 1984 أن سبب الاضطرابات يكمن داخل الطفل وليس للأبوين دخل به ، تغيرت العلاقة بين الأباء والمتخصصين، واهتم المدربون بإعطاء الأباء دورا هاما في تصميم وتنفيذ أى برنامج علاجى أو تدريبى للطفل الاوتيستك حيث أنه لا يوجد من يعرف الطفل ، ويحبه ويحرص عليه أكثر من والديه (Cohen, Donnellan, 1985, 499) .

وتتحقق فاعلية هذا الدور من خلال برامج إرشاد الوالدين التى تساهم في تخفيف المعاناة والضغوط المفروضة على الأسرة بأكملها بسبب إعاقة طفلها .

أهمية الإرشاد الأسرى :-

إن مجال إرشاد والدى الأطفال ذوى الحاجات الخاصة – المعوقينْ – من المجالات الحديثة والهامة في الإرشاد ، ويمثل الإرشاد لوالدي الأطفال المعوقين حاجه أساسية لهؤلاء الأباء لما يمرون به من صدمات وضغوط نفسية إبتداءً من تشخيص حالة الطفل واستمرارا مع هؤلاء الأباء طيلة حياة الطفل الذى يعتمد اعتمادا كاملاً على الأسرة .

ويلقى الإرشاد الأسرى اهتماما بالغا في كثير من البلاد ، فقد أنشئت أول عيادة للإرشاد الأسرى في الولايات المتحدة الأمريكية عام (١٩٣٠) في لوس انجلوس ، وأفرد للإرشاد الأسرى مجالات علميه متخصصة مثل Counseling, Guindance; International J. of counseling Family (عادل الأشول ، ١٩٩٢ ، ٨٨٨) .

ويذكر محمد الشناوى ومحمد التويجرى أن الإرشاد تخصص وفرع من فروع علم النفس التطبيقى ، وهو يقع ضمن مجموعة من التخصصات تعرف بتخصصات المعاونة Helping Professions ومنها الطب النفسى والخدمة الاجتماعية وعلم النفس الإكلينيكي وعلم النفس المدرسى – وهذه التخصصات تشترك في أنها تؤكد على إمكانية تغيير السلوك (محمد الشناوى ، ومحمد التويجرى ، ١٩٩٩٥ ، ٥٦٨) .

ويعرف **ستيوارت** Stewart إرشاد والدى الأطفال ذوى الحاجات الخاصة بأنه "علاقة مساعدة بين متخصص ذى معرفة واسعة ووالدى طفل ذى حاجة خاصة يسعيان من أجل تفهم أفضل لهمومهم ومشكلاتهم ومشاعرهم المتفردة . ويضيف أن الإرشاد عملية تعلم تركز على

النمو الشخصى لحل مشكلاتهم أوهمومهم ، وهى عملية يتم فيها مساعدة الوالدين ليصبحوا أفرادا مكتملى الأداء ، يساعدان طفلهما ويعطيان قيمة لأسرة ذات توافق جيد" (Stewart,1986,31-32) .

لماذا يحتاج والدى الأطفال الاوتيستك إلى الإرشاد ويبحثون عنه ؟

لاشك أن وجود طفل معوق في الأسرة يعتبر حادثا كبيرا ، يجعل الوالدين والأسرة بأكملها تتحمل ضغوطاً متعددة وجميعها مرتبطة بالحاجات الخاصة لهذا الطفل ،والقلق على مستقبله وحياته القادمة ، وما يزيد من حدة هذه الضغوط اعتماده الكامل عليها الذى يترتب عليه تحمل أعباء كثيرة داخل المنزل وخارجه ، فنجد بعض الأسر تبالغ في حماية ورعاية طفلها المعاق والبعض الآخر يرفض هذا الطفل ويتجاهله تماما (محمد الشناوى ومحمد التويجرى ، ١٩٩٥ ، ٥٦٨-٥٦٩) .

أما أسرة الطفل الاوتيستك فهى تتحمل الكثير والكثير جدا من الصعوبات خاصة في الفترة السابقة لتشخيص حالة الطفل تشخيصا دقيقا، فهى أصعب مرحلة تمر بها الأسرة بسبب الغموض الذى يحيط حالة الطفل ، فهو كان طبيعيا عند الميلاد ، بمعنى أدق لا تظهر عليه بوادر الشذوذ وأستمر على هذا الوضع خلال السنتين الأولتين من حياته ، رغم أن هناك حالات قليلة يظهرون سلوكيات شاذة خلال فترات الطفولة المبكرة ، إلا أنه لا يوجد من تشخص حالته بالاوتيستك منذ الميلاد . ومع بداية العام الثالث أو منتصف العام الثانى تبدأ أعراض الاوتيزم في الظهور والتطور ، فيتضح العجز اللغوى والاجتماعى ، ينغمس الطفل في السلوكيات النمطية الشاذة ، ويميل إلى العزلة ، القلق ، البكاء ، العنف ، فكل هذا يثير اهتمام الأباء ويدركون أنه يوجد شيئا خطيرا حدث للطفل، فيبدأون رحلة طويلة مع الأطباء المتخصصون وغير المتخصصون من أجل التعرف على وصف دقيق للحالة (Cohen, Donnellan, 1985, 502) .

فالبعض يشخصه بأنه تخلف عقلى ، والبعض الأخر يقول أن أصم وأبكم ، والبعض الثالث يقول أن لديه اضطرابات في الكلام ، والبعض الرابع يقول أن لديه اضطراب نفسي ، ومحصلة هذه التشخيصات أن الطفل يتنقل بين المؤسسات العلاجية المختلفة ولن تجدى معه التدريبات أو العلاجات الدوائية المهدئة ، والطفل يستمر في التدهور والأسرة تتحمل الضغوط المادية والمعنوية بسبب حالة الطفل .

وبعد هذا المشوار الصعب الذى لا يمكن وصفه تتدخل العناية الإلهية وتقابل الأسرة طبيباً متخصصاً يشخص حالة طفلها بأنه اوتيستك فتهدأ الأسرة بعض الشئ لأنها عرفت أن هذا اللغز المحير له مسمى ألا وهو الاوتيزم إحدى الإعاقات النمائية التى يمكن أن تصيب أى

طفل وهى منتشرة في العالم كله بنسبة (٥:١٠,٠٠٠) حالة ، ولكنها تعتبر من أخطر الإعاقات التى تصيب الأطفال . استخلصت الباحثة هذا الوصف من خلال الحوار مع أمهات الأطفال الاوتيستك، وتختلف الأسر في ردود أفعالها تجاه إعاقة طفلها ، فمنهم من يواجه هذه الأزمة من خلال المرور بالمراحل التالية : -

التى تبدأ **بالصدمة** : وهى المرحلة التى تكتشف فيها الأسرة أن طفلها لديه إعاقة مزمنة فيصاب الأبوين بالذهول والعجز التام عن فعل أى شئ ، وغالبا ما يرفضان تصديق الواقع ، تبدأ بعد ذلك مرحلة **الانفعالات** العنيفة المليئة بالحزن والألم وعدم الرضا والإحساس بالذنب ، فقد تشعر الأم أنها السبب لأنها عادت إلى العمل بعد ولادة الطفل بوقت قصير وكان ينبغى عليها أن تمكث معه فتره أطول ، أو يشعر الوالد أنه لم يقم بالواجب عندما رفض أن تكون ولادة الطفل في مستشفي ، وأحيانا يكون التأنيب لأى من الوالدين عن الوراثة التى ورثها لطفله ، وأحيانا شعور بالإحباط والفشل يجعل أى من الوالدين يسأل نفسه الأسئلة التالية:

هل هذا عدل ؟ ولماذا نحن بالذات ؟ خطأ من هذا ؟ ما هو السبب ؟ هل سنحب الطفل ؟ ماذا يخبئ لنا القدر ؟ كيف ستستمر رعاية الطفل وحمايته إلى ما لا نهاية ؟ هل يأتى عليه يوم يستطيع القيام بشئونه الشخصية ؟ من سيقوم على رعاية الطفل عندما نصل إلى مرحلة من العمر لا نستطيع أن نقوم نحن على خدمته ؟ وبعد أن تهدأ هذه الانفعالات يتقبل الأباء الأمر ويرضون بالواقع ثم يبحثون عن المساعدة والإرشاد (سهام راشد ، ١٩٩٣ ، ٨٦- ٨٩) .

بينما أسر أخرى لا يمرون بهذه المراحل بشكل آلى ، بل يعيشون في حالة حزن دائم وكأن أبناءهم يحتضرون ، وآخرون يواجهون الأزمة بصبر واحتساب ويرضون بما أصابهم تصديقا لقول الله عز وجل " ما أصاب من مصيبة إلا بإذن الله ومن يؤمن بالله يهد قلبه والله بكل شئ عليم " سورة التغابن (١١) .

والأسر التى لا تستطيع مواجهة الأزمة بالحزم والصبر والعمل الشاق فإنها تلجأ إلى استخدام مجموعه من الحيل الدفاعية اللاشعورية التى تخفف عليها وطأة المشكلة لأنها تخفي الجزء المؤلم من المشكلة عن الوعى والإدراك ولا تجعلهم ينظرون اليها بشكل كامل .

وتشير **سهام راشد** إلى أهم الحيل الدفاعية اللاشعورية التى تلجأ اليها أسر الأطفال الاوتيستك فيما يلى :-

الإنكار :- يظهر من خلال حديث الأم التى تطلب العون والمساعدة في مشكلة ابنها إلا أنها تدافع بأنه طبيعي وهادئ وذكى ولا يحتاج لمساعدة كبيرة .

الإسقاط :- يسقط الفرد مشاعره المؤلمة وأفكاره السيئة على الغير ، فإذا كان الأب يهمل الابن ولا يراعيه يبدأ باتهام الزوجة بإهمال الطفل أو خطئها في تربيته ويهاجمها على ذلك ، أو قد يسقط الوالدان إحباطهما أو عجزهما على الطبيب أو المدرب أو المعهد الذى يوضع فيه الطفل ، وقد يتهم الطفل أنه يغيظ الوالدين بعدم استجابته في حين أن الغيظ يكمن داخل الوالدين .

رد الفعل :- يتمثل في إظهار مشاعر عكس الموجودة داخليا ، فالأم التى تشعر بغضب داخلى تجاه طفلها قد تظهر الحب المتفانى القسرى تجاهه والذى يظهر في صورة رعاية زائدة له وحماية مستمرة مما يعوق نموه العقلى الذى لن يكتمل إلا بالمحاولات المستمرة في الاعتماد على النفس (سهام راشد ، ١٩٩٣ ، ٩٠-٩١) .

ومهما كانت الصعوبات التى يخبرنا الأباء بأنهم واجهوها من أجل الحصول على فترات راحه ، فإن المجتمع يفرض عليهم صعوبات أكثر تتمثل في : سوء الفهم Misunderstanding ، اللوم Blame ، الحاجات المتصارعة Conflicting Demands ، عدم التقدير Devaluation ، الوحدة النفسية Loneliness (Cohen,Donnellan,1985,515) .

فالمجتمع ينظر إلى هؤلاء الأطفال كشئ ليس له قيمة أو كوصمة عار على الأسرة ، كما أن الجماعة تنظر إلى أباء هؤلاء الأطفال بأنهم دون المستوى اللائق للتفاعل معهم ، ويترتب على هذه النظرة السيئة للأسرة افتقادها المهارات اللازمة لمواجهة التفاعلات الاجتماعية غير المريحة، وربما تتجنب المواجهات الاجتماعية الروتينية خاصة مع الأصدقاء القدامى والأقارب (Cohen,Donnellan,1985,517) .

بالإضافة إلى أن بعض المجتمعات ترفض التحاق الأطفال الاوتيستك بالمدرس العامة بحجة أنهم يحتاجون رعاية وحماية أكثر من المتوفرة في هذه المدارس ، كما أنهم يرفضون توفير عدد من الفصول الدراسية المناسبة وعدد من المدرسين المتخصصين المؤهلين لتدريب هؤلاء الأطفال ، بالإضافة إلى عدم وفرة البرامج اليومية المستمرة والضرورية لمساعدة الطفل وأسرته ، فبدون توافر الفرص التعليمية الكافية والمناسبة فإن الطفل لا يتقدم ولا يصبح الأباء عناصر فعالة في العملية التعليمية (Cohen,Donnellan,1985,517) .

وخلاصة ما تقدم ، أن أسرة الطفل الاوتيستك تحتاج إلى الإرشاد وتبحث عنه للتغلب على المشكلات والصعوبات التى لخصها كوهين ودونالان في الأتى :-

١- التعامل مع الطفل الذى لا يستطيع توصيل أو نقل حاجاته ورغباته للآخرين .

٢- التحكم في السلوكيات الشاذة ذات الطقوس النمطية التى يمارسها الطفل .

٣- محاولة إشباع الحاجات الشخصية للطفل وحاجات باقى أفراد الأسرة والحفاظ على النظام في البيئة الأسرية .

٤- الرعاية المستمرة للطفل الذى لا يدرك الخطر .

٥- الصعوبات التى يفرضها المجتمع على الأسرة والتى تتمثل في العزلة أو الرفض و الاستجابة غير الملائمة لمتطلبات الأسرة والطفل

. (Cohen,Donnellan, 1985,513)

دور المرشد النفسى في حياة أسرة الطفل الاوتيستك :

ذكر عادل الأشول أن إرشاد الوالدين عملية فنية ، يجب أن يقوم بها أخصائى على درجة عالية من الكفاءة في العمل مع أولياء أمور الأطفال المعاقين ومع اخوة وأخوات هؤلاء الأطفال . وأشارت كثير من الدراسات إلى أن جلسات الإرشاد الجمعى والفردى كثيرا ما تساعد الأباء والأبناء في تخفيف مشاعر الذنب والإهمال والانسحاب التى قد تنتابهم عند التعامل مع الأطفال المعاقين .

ولكى تحقق عملية الإرشاد أهدافها ، يجب أن تتوافر مجموعه من الخصائص النفسية في المرشد النفسى وقد حدد روجرز هذه الخصائص فيما يلى :-

١- يكون صادقا وطبيعيا وتتفق أفعاله مع مشاعره ، ويكون على وعى وبصيرة بمشاعره نحو المعاقين حتى تكون قراراته موضوعية .

٢- يكون ناضجا من الناحية الانفعالية ، واثقا من نفسه ومن عمله ، مرنا في التفاعل مع الآخرين .

٣- يكون ضابطا لانفعالاته متبصرا بها ، فلا يشعر بالأسى والشفقة على الطفل ووالديه فيخفي عنهم الحقيقة رحمة بهم أو يضيق صدره بالطفل ووالديه ، فيثبط عزمهم ، ولا يشعرهم بالتقبل ويصدر أحكامه بدون تمهيد أو تبصير (عادل الأشول ،١٩٩٣ ، ٣٣) .

ويجب على المرشد الذى يتعامل مع أباء الأطفال المعاقين أن يراعى الاعتبارات التالية :-

١- عدم إدعاء الفهم التام للخبرة التى يعيشها الوالدان .

٢- تقديم المعلومة المناسبة والهامة التى تريح الوالدين وتساندهما .

. (Stewart,1986,159)

٣- أن أحد العوامل التى تؤثر على ردود فعل الوالدين تجاه طفلهما المعاق هو كيفية توصيل المعلومات الخاصة بالتشخيص إليهم ، لذا يجب الحذر الشديد في هذا الأمر .

٤- التعاون المشترك مع الوالدين طوال حياة الطفل المعاق إعاقة مزمنة ، فإذا لم يكن هناك تعاون وثيق فينتج نوعا من التوتر أو يولد ضغوطا نفسية كثيرة وبالتالى لا يتحقق الهدف.

٥- الفهم الواضح للمشاعر الحقيقية للوالدين تجاه إعاقة طفلهما .

٦- تشجيع الوالدين على المواجهة الإيجابية للموقف والرضا بالواقع .

. (Fair,Field,1983,411-415)

ويضيف عادل الأشول أن المرشد يجب أن يتفهم دينامية العلاقات الاسرية ، وأن بناء علاقات والديه فاعلة تعتمد على قدرة الأباء على التعامل مع الأحداث غير المتوقعة والأشياء المحبطة للآمال ، كما يجب أن يكون قادرا على فهم مدى تأثير الإعاقة على أسرة الطفل بما في ذلك اخوته وأخواته (عادل الأشول ، ١٩٩٣ ، ٢٧) .

وقد حدد كوهين ، دونالان دور المرشد النفسى مع أسرة الطفل الاوتيستك في النقاط التالية :-

١- أن يشرح للأسرة الحقائق والأسباب المرتبطة بإعاقة طفلها الاوتيستك بصدق ووضوح ، مع مراعاة الحالة النفسية للأبوين ، كما يقدر ويحترم وجهة نظر الأبوين فلا يستخف بالمعلومات التى يذكروها ولا يرفض مساعدتهما في التشخيص.

٢- يوضح لهما أن وجود طفل معاق في الأسرة ممكن أن يحدث لأى أسره وفي أى مكان رغم كل الاحتياطات .

٣- أن يعطى فرصة للوالدين للكلام والأسئلة عن مشكلة ابنهم لأنهم غير قادرين على التحدث مع الآخرين عن مشكلتهم خوفا من ردود الأفعال غير المتوقعة .

٤- يبذل قصارى جهده في تهدئه مشاعر الخوف ، القلق ، الحزن لدى الأباء ويحاول تعويضهم بشيء من تقدير الذات وبث الثقة في النفس ، كما يرشدهم إلى الأماكن التى تقدم لهم المساعدة المناسبة في حدود إمكانياتهم الاقتصادية .

٥- يوجه الأسرة إلى كيفية التعايش مع الإعاقة وتقبلها بصدر رحب .

٦- يقدم لهم التدريبات اللازمة لأساليب التعامل الصحيح مع الطفل الاوتيستك (Cohen,Donellan,1985,515) .

ولكى يستطيع الأباء التعايش مع إعاقة طفلهما المزمنة وتنمية جوانب القصور لديه عليهم إتباع التعليمات الأساسية التى أشارت إليها كل من ناديه بنا ، سهام راشد على النحو التالى :-

١- عش اليوم بيومه ولا تفكر كثيرا في المستقبل فهو بيد الله .

٢- تعرف على قدرات طفلك واكتشف أساليبه الفريدة في التعامل .

٣- اشرك جميع أفراد الأسرة في الموقف .

٤- لا تجعل الطفل المعاق محور اهتمام الأسرة كلها وحاول أن تكون علاقات الأسرة الاجتماعية والعملية طبيعية ولا تتجنب الأصدقاء والمعارف .

٥- بادر بإخبار الأقارب والأصدقاء بحالة طفلك ، وكلما كان ذلك مبكرا كلما كان أسهل وأفضل .

(ناديه بنا - بدون تاريخ، ١٧- ١٨) .

٦- لا تخفي الحقائق الخاصة بالطفل المعاق عن بقية أطفال الأسرة ، وأجب عن أسئلتهم بصدق .

٧- لا تخجل من ابنك ، لأنه إذا شعرت أنت بالخجل والعار سيشعر كل من تتعامل معهم بنفس هذه المشاعر تجاه الطفل .

٨- اخرج بالطفل كثيرا ولا تحاول إخفائه عن الناس .

٩- لا تؤمن بالخرافات وتعامل مع حالة ابنك بشكل علمى وقدم له كل الإنجازات الجديدة والمساعدات التي قد تحسن حالته .

١٠- تحدث وكون علاقات مع الأسر التى لديها أطفال معاقين فتبادل الحديث والمعلومات والمشاعر بينكم سيحسن من حالتك النفسية ويشعرك أنك لست الوحيد في هذه الحالة ، وهذا في حد ذاته مفيدا نفسيا لك .

١١- تذكر أن كل أفراد الأسرة قد يكونوا متضايقون وأعصابهم متوترة ، لذلك يجب أن يتسامح كل فرد مع الأخر ويحاول أن يهدأ من نفسه حتى يعتاد الجميع هذا الوضع .

١٢- تعلم كيف تساعد ابنك وكيف تقدم له المثيرات التى يحتاجها وكيف تلعب معه وتنمى قدراته في نفس الوقت (سهام راشد ، ١٩٩٣ ، ٨٧) .

ويهدف المرشد النفسى من خلال قيامه بهذا الدور إلى تحقيق الأهداف التالية :-

١- أن يفهم الوالدين بشكل أكبر حاجات أطفالهم المعاقين والأهداف التى يسعى لها المتخصصون.

٢- أن يتزودوا بمعلومات حول حقوقهم ومسئولياتهم كآباء لأطفال غير عاديين .

٣- أن يتزودوا بمعلومات حول برنامج الطفل في المعهد أو المدرسة وكيف يشاركون في هذه البرامج .

٤- أن يتزودوا بالأساليب التى تساعد على امتداد الأثار الإيجابية لبرنامج المدرسة إلى المنزل.

٥- أن تزداد مهارة الأباء في مساعدة أطفالهم على أن يتعلموا السلوكيات الوظيفية التى تناسب بيئة المنزل .

٦- أن يتعرفوا على مصادر الخدمات الأخرى التى يحتاجها الطفل والموجودة في المؤسسات القائمة في المجتمع .

٧- تمكين الوالدين من إدراك طفلهما باعتباره طفلا أولا وباعتباره طفلا لديه درجة من درجات القصور .

٨- مساعدة الأسرة على اكتساب القوه لتحمل المسئولية عن قراراتها والتخطيط معا لمسارات واقعية ومناسبة للإجراءات التى يمكن أن تؤدى إلى حياة ذات معنى وإنتاجية للجميع .

(محمد الشناوى ، محمد التويجرى ، ١٩٩٥ ، ٥٨٥ - ٥٨٧) .

الاستراتيجيات التى استخدمت في إرشاد والدى الأطفال الاوتيستك :-

حدد ستيوارت الاستراتيجيات التى يمكن استخدامها في إرشاد والدى الأطفال المعاقين فيما يلى:-

١- برامج المعلومات التى تزود الأباء بالحقائق حول حالة طفلهم .

٢- برامج العلاج النفسى لمساعدة الوالدين على التعامل مع مشكلاتهم الشخصية .

٣- برامج تدريب الوالدين لمساعدتهما على تطوير مهارات فعالة في تدريب طفلهما المعاق (Stewart , 1986, 32-33) .

أما أسرة الطفل الاوتيستك فهى في حاجة إلى الدمج بين هذه الاستراتيجيات الثلاث كى تكون البرامج المقدمة بهذه الكيفية أكثر فعالية للطفل والأسرة معا . وقد أثبت كل من كوزلوف Kozloff (١٩٧٤، ١٩٧٩) ، كوفمان وآخرون Koufman et als (١٩٧٨) أن هذا النموذج القائم على أساس [تقديم المعلومات النظرية والعلاج النفسى والدينى والتدريب على المهارات السلوكية] يعتبر مدخلا علاجيا فعالا للأطفال الاوتيستك عن طريق آبائهم ، وقد ساعد هذا التدخل على تغيير سلوك الأطفال الاوتيستك وتوليد المشاعر الأبوية الدافئة والحفاظ عليها طوال الحياة (Cohen , Donnellan , 1985,503) .

ويشير كوهين و دونالان أنه بالرغم من اختلاف نماذج التدخل من حيث الطريقة أو المحتوى إلا أنه لم يعد هناك جدالا في أهمية دور الأباء لتعليم أطفالهم الاوتيستك ، وظهرت طريقتين رئيسيتين تُستعمل بشكل جوهرى في التعامل مع اسر الأطفال الاوتيستك هما :-

١-الطريقة المبنية على أساس كلينيكى وفيها يتم تنفيذ برامج الإرشاد في المراكز المتخصصة طبقا لأراء سكوبلر وآخرون (١٩٨٤) .

٢-الطريقة المبنية على أساس المنزل وفيها يتم تنفيذ برامج الإرشاد في المنزل طبقا لأراء هيمسلى وآخرون Hemsley, et als (١٩٧٨) .

(Cohen, Donnellan,1985;504) .

ففي الطريقة الأولى يتم تدريب الأباء في مراكز للتدريب باستخدام أساليب الملاحظة الكلينيكية ، ويتعلم الأباء الطرق الفعالة لتعليم أطفالهم والسيطرة على سلوكياتهم ، ثم بعد ذلك يقومون بتنفيذ هذه المناهج في المنزل تحت إشراف الفريق القائم بالتدريب ، ويتم تقييم فعالية

زيارات الفريق المعالج للمنزل من خلال تقارير الأباء وملاحظاتـــهم للتغـير الحـادث فـي سلوكيات أطفالهم . وتتميز هذه الطريقة بأن الأباء يستفيدون من الوسائل العلاجية الموجـودة بالمركز ، كما يتاح لهم فرص للتدريب والاستفسار بدون حرج والحصول على التعليمات التـي يمكن الاستفادة بها في المنزل .

أما الطريقة الثانية فيتم تدريب الأباء في البيئة الطبيعية اليومية للأحـداث ، فيكـون الإيضاح والتعليمات المقدمة طبقا للمواقف الواقعية وليست المعملية ، كما تتاح فرص التدريـب على مهارات التعميم من خلال هذه الطريقة .

ومن الملاحظ أن كلا الاتجاهين له إيجابياته وسلبياته ، وفي غياب الدليل القاطع بتفوق أو تميز نمط معين على الأخر ، فإن السياسة المنطقية تشير بالدمج بين النمطين ، والمرونـة للنمط الذى يتلاءم مع حاجات الأسرة وظروفها (Cohen, Donnellan,1985;504) .

أما عن طريقة تقديم الإرشاد الأسرى ، فهل الإرشـاد الجمعـى أفضـل أم الإرشـاد الفردى ؟ للإجابة على هذا التساؤل ، ظهرت اتجاهات متنوعة ، البعض يؤيد الإرشاد الجمعـى ، البعض الأخر يؤيد الإرشاد الفردى ، والبعض الثالث يؤيد الدمج بين الاتجاهين ، وفيما يلـى توضيح ذلك:-

مبررات تفضيل الإرشاد الجمعى :-

ترى سهام راشد أن جلسات الإرشاد الجمعى لأسر الأطفـال الاوتيسـتك تتيـح لـهم المشاركة في المشاعر والانفعالات وجوانب النجاح والفشل في التعامل مع الطفل ، فيسـتفيدون من الخبرات الناجحة ويجدون المساندة والتوجيه فيما يشعرون به من انفعالات سلبية طبيعيـة في بعض المواقف التى يعانون منها مع الطفل الاوتيستك ، كمـا يسـتفيدون مـن إيجابيـات الخبرات الناجحة الأخرى فيزداد الأمل عندهم في أن التحسن ليس بعيد المنال ، وهذا يحفزهـم على تطوير أسلوب التعامل مع طفلهم ، فعندما يذكر الوالدان أسلوب ناجح في تعاملـهما مـع الطفل ويستفيد منه الآخرون يزيد ذلك من رفع الروح المعنويـة لديـهم مـع حفزهـم علـى استمرارية تطور أسلوبهم التعليمى للطفل (سهام راشد ، ١٩٩٣ ، ٩٣) .

مبررات تأييد الإرشاد الفردى :-

يشير ميكلننهان وآخرون McClannahan, et als إلى أن جلسات الإرشـاد الفـردى لأسر الأطفال الاوتيستك أفضل من الجلسات الجماعية للأسباب التالية :-

١- بعض الأباء يستطيعون القيام ببعض الأنشطة التدريبية ، بينما آخرون يواجهون صعوبات في فهم المواد المكتوبة والشفوية وهذا يسبب لهم نوعا من الإحباط .

٢- أباء الأطفال ذوى الإعاقات الشديدة يشعرون بالإحباط واليأس عندما يقرأون تقارير أبناء الأطفال ذوى الإعاقات البسيطة .

٣- أباء الأطفال الأكبر سنا لن يهتموا بالحديث الذى يدور عن المشكلات الخاصة بالأطفال الصغار ، والعكس صحيح .

٤-بالرغم من مشاركة الأباء في بعض الاهتمامات الخاصة بالإعاقة مثل إتباع إرشادات معينة في التعامل مع الطفل الاوتيستك بصفة عامة ، إرشادات تنمية مهارات النمو اللغوى والاجتماعى، ولكن نتيجة لتنوع سلوكيات الأطفال الاوتيستك ، فلا توجد مشكلات اسر متشابهة تماما ، وعلى هذا يفضل الإرشاد الفردى على الإرشاد الجمعى (McClannahan, et als, 1982, 246-248) .

<u>مبررات الدمج بين الاتجاهين</u> :-

ويؤيد كوزولوف Kozloff (١٩٨٤) ، كوهين ودونالان أهمية الدمج بين الاتجاهين فيستندون إلى الاستفادة من إيجابيات كل اتجاه على حدة ، فتستخدم جلسات الإرشاد الجمعى من أجل التأييد العاطفي للأسر والمشاركة في التجارب والمشاعر مع الأسر التى لها وضع مشابه ، مع عدم إهمال المشكلات الفردية والعناية بها (Cohen,Donnellan,1985,504) .

وللتغلب على بعض العقبات التى يمكن أن تظهر أثناء تنفيذ جلسات الإرشاد الأسرى يجب تحقيق التجانس داخل المجموعة من حيث مستوى إعاقة الطفل ، نسبة ذكائه ، عمره الزمنى ، المشكلات التى يظهرها الطفل وذلك كى تشعر الأسر في جلسات الإرشاد بالانسجام وأن لهم هدف واحد يبغون تحقيقه.

ويشير التراث السيكولوجى إلى فاعلية برامج الإرشاد المقدمة لوالدى الأطفال الاوتيستك في تحسن حالات أطفالهم ، ومن أقدم وأشهر البرامج التى اعتمدت على أباء الأطفال الاوتيستك كمعالجين لأبناءهم برنامج Treatment and Education of Autistic and related Communication-Handicapped Children (TEACCH) الذى أعده كل من ريتشارد وسكوبلر Reichler,Schopler (١٩٧٦) وطبق في نورث كارولينا وأماكن أخرى من الولايات

المتحدة الأمريكية وقد استطاع الأباء بعد تلقى تدريبات هذا البرنـــامج ، اكتســـاب المـــهارات الضرورية للتعامل مع أطفالهم الاوتيستك ، منها تقديم التعليمات بصوره واضحة ، تشكيل استجابات الطفل ، تدعيم الاستجابات الصحيحة ، استبعاد السلوك غير المرغوب بشكل منتظـــم وتعليم الطفل مهارات الحياة الوظيفية .

وتعددت الدراسات التى اهتمت بإيضاح دور الأسرة في علاج طفلها الاوتيستك ، فنجد شورت ، أندريو Short, Andrew (١٩٨٠) حاول التعرف على نتائج علاج الأطفال الاوتيستك عن طريق آبائهم ، وقد أشارت النتائج إلى زيادة التفـــاعل بيـــن الأبـــاء وأطفالـــهم ، ظـــهور سلوكيات اجتماعية في مواقف (التفاعل الاجتماعى ، اللعب أو العمل ، التواصل الـــهادف) ، اختزال للسلوكيات غير الاجتماعية مثل استثارة الذات ، النمطية في اللعب ، الميل إلـــى عـــدم التفاعل ، ازدياد تكيف الأسرة مع الضغوط المترتبة على إعاقة الطفل .

وقدم ميكلننهان وآخرون (١٩٨٢ ، ١٩٨٤) نموذجين لتدريب أباء الأطفال الاوتيســـتك كمعالجين لأطفالهم ، وأشارت نتائج البرنامجين إلى فعالية التدريب العملى للأباء والأطفال فـــي إكتساب مهارات الحياة الوظيفية ومهارات رعاية الذات ، واعتمد الأباء على جداول الأنشـــطة اليومية المصورة في تعليم الأطفال الاوتيستك هذه المهارات ، في حين اعتمد معدى الـــبرامج على فنيات التدعيم والتغذية الرجعية في تدريب الأباء على أساليب العلاج الصحيح .

وقد أشارت نتائج دراسة لوف وآخرون Love , et als (١٩٩٠) بأن الأمهات ســـاهمن في علاج مخاوف الأطفال الاوتيستك باستخدام أساليب العلاج السلوكى .

وقام كرانتز وآخرون بتدريب الأباء على كيفية حث أطفالهم الاوتيستك على المشـــاركة في أنشطة الأسرة من خلال مواقف وقت الفراغ ، التفاعل الاجتماعى ، رعاية الذات ، القيـــام ببعض الأعمال المنزلية ، باستخدام فنيات [النمذجة – الملاحظة الجيدة – التغذية الرجعيـــة] أما الأباء فقد استخدموا جداول الأنشطة المصورة لتدريب الأطفال على المشاركة في أنشـــطة الأسرة ، وأشارت النتائج إلى نجاح الأباء في تعليم أطفالهم الاوتيستك إتباع الجداول المصـــورة للأنشطة وترتب على هذه المتابعة اخـــتزال حـــدة الســـلوك المضطـــرب ، ازديـــاد التفـــاعل الاجتماعى مع الآخرين (Krantz, et als, 1993, 137-138) .

المفاهيم الأساسية فى برامج الأطفال الاوتيستك :-

رغم اختلاف برامج التدريب التى تقدم للطفل الاوتيستك من حيث المحتوى أو الاستراتيجيات

المستخدمة ، إلا أنها تشترك جميعها في المفاهيم الأساسية Basic Concepts التي حددها كوهين ودونالان فيما يلي :-

١-مشاركة الأباء كمعالجين أو مدربين لأطفالهم الاوتيستك :

يرى ماركس وآخرون Marcus, et als (١٩٧٩) ، دونالان وآخرون (١٩٨٤) أن إتاحة الفرصة لمشاركة الأباء في برامج التدريب تجعلهم أكثر فهما لحالة طفلهم مما يساعدهم على اتخاذ القرارات الحاسمة بخصوص طفلهم ، كما أن التدريب العملى الذى يتلقونه على يد المدربين يمكنهم من مساعدة أطفالهم على الاندماج في الحياة الأسرية .

. (Cohen, Donnellan, 1985, 499)

٢-المهارات والقدرات الأساسية :

إن البؤرة الأساسية التى يرتكز عليها التدخل السيكولوجى للأطفال الاوتيستك هى التركيز على تطوير وبناء القوى الكامنة لدى الطفل ، اكتساب المهارات اللازمة للمعيشة في حدود قدرات الطفل والأسرة ، ويجب أن تركز البرامج على الأساليب الواقعية العملية في حل المشكلات أكثر من التركيز على التفاعل اللفظى (Cohen, Donnellan, 1985, 499-500) .

٣-التقييم الشامل للطفل والأسرة والمجتمع :

يجب أن يوضع في الاعتبار أن هذا الطفل جزء من بيئة اجتماعية كبيرة ، فمن الضرورى زيادة فرص النجاح أمام الطفل في حياته الجماعية ، ومساعدة الأسرة على مواجهة الضغوط التى يفرضها عليها المجتمع ، ويتم قياس هذه المتغيرات من خلال عملية التقييم ، فهى متطورة باستمرار وتناقش موضوعات مختلفة منها : الحاجات الناشئة لدى الأسرة ، وظروفها والتغيرات الحادثة في المجتمع وهذا التقييم يجب أن يتلاءم مع نظام القيم داخل الأسرة وحسب أولوياتها واهتماماتها .

بالإضافة إلى المفاهيم السابقة يجب أن يتوافر في البرنامج المرونة الكافية من حيث المهارات المختارة وكيفية تطبيقها (Cohen, Donnellan, 1985, 499) .

ويضيف مكلننهان وكرانتز أن عملية التقييم ضرورية جدا سواء لأعضاء الفريق المعالج أو لنتائج البرنامج بصفة عامة ، فهى تتيح الفرصة للنقد والتعديل ، ولكى تكون عملية التقييم موضوعية وليست تعسفية يجب مراعاة الأتى :-

١- أن يشمل التقييم أداء كل المشتركين في البرنامج وكذلك نتائجه .

٢- يفضل أن تكون نتائج التقييم سببا في منح الفرص للاستفادة من خطط التدريب وتعلم مهارات جديده .

٣- يفضل أن تكون نتائج التقييم تدعيمية وليست محبطة بمعنى زيادة عدد المكافآت عن عدد الجزاءات .

٤- أن أداء العميل (المتدرب) يفيد في تقييم البرنامج الفردى ولكن لا يكفي للتقييم الشامل للبرنامج .

٥- بدون النظر إلى طبيعة البرنامج والمدرب ، فإن الأطفال الاوتيستك يتقدمون ببطء شديد ، وتقدير نتائج تدريبهم يفيد في معرفة معدل سرعة أو بطء الاستجابة لديهم ، كما أن الأطفال الاوتيسك الذين يتلقون تدريبا مبكرا في عمر ما قبل المدرسة فيكون تقدمهم سريعا وملحوظا ومن السهل التحكم في سلوكهم فيما بعد (Fenske, et als, 1985; Lovaas, 1987) .

٦-المهارات التى لم يتم التدريب عليها في البرنامج لا تدخل ضمن نطاق التقييم .

(McClannahan , Krantz , 1993 , 593) .

٧-أن تكون أهداف برامج التدريب مهارية ، ويفضل إتباع الأسلوب الارشادى والتدعيمي للمشتركين في البرنامج .

٨-يجب أن تخصص في لائحة التقييم بعض الاحتياطات لمواجهة أوجه القصور التى قد يسببها بعض المتدربين ذوى الاضطرابات السلوكية العنيفة .

٩-كما يجب أن يخصص في لائحة التقييم جزءً لتعليم المدربين كيفية التعامل مع المتدربين وبناء علاقات حميمة معهم ، على سبيل المثال : ابتسامة المدرب لمن يتعامل معه ، ملائمة الحديث أو الحوار لسن المتدرب ، إلقاء الفكاهات والنكات التى تخفف من حدة الحديث ،مراعاة المستوى الثقافي والاجتماعى للمتدرب .

١٠ -لما كان الطفل الاوتيستك غير قادر على المشاركة في صنع القرار ، وغير قادر على حماية حقوقه ، لذا فإن أنظمة تقييم البرامج التدريبية المقدمة له يجب أن توضح نوع الخدمة المقدمة وحجمها ومدى فاعليتها وملاءمتها للمستويات الأخلاقية والعملية

(McClannahan , Krantz , 1993 , 593-594) .

وحيث أن مشاركة الأباء في برامج التدريب المقدمة لأطفالهم الاوتيستك بالكيفية السابق عرضها تعود على الأسرة بفوائد كثيرة فقد حددها كوهين ودونالان فيما يلى :-

١- أن مشاركة الأباء في برامج تدريب أطفالهم الاوتيستك تساعدهم على اكتساب خبرات وأفكار جديده تسهم في تقليل آثار التجارب السابقة المؤلمة ، وتحسن حياة الأسرة بصفة عامة.

٢- اكتساب واستخدام المهارات السلوكية الجديدة بشكل ناجح ، يفيد الأباء في استعادة الثقة بالنفس وتقدير الذات وتوجيه حياتهم وحياة أطفالهم .

٣- ان نجاح الأباء في تعليم أطفالهم الاوتيستك المهارات الجديدة يترتب عليه انخفاض القلق والتوتر عند الأباء ، ويضعف الإحباط الذى تولد خلال المحاولات الأولى الثائرة والفاشلة للأباء في رعاية أطفالهم الاوتيستك .

. (Cohen, Donnellan, 1985, 519)

٤- توجيه الطاقات العقلية والجسدية للأباء بشكل بناء ، حيث تصبح الحياة الأسرية أكثر تنظيما وأقل إرباكا، وتصبح هناك أمورا روتينية وأنماطا سلوكية للطفل تخضع لسيطرة الأسرة وتحكمها.

٥- ان وجود المرء مع جماعة من الأباء الذين يشاركونه نفس المشكلة ، أو مشاكل مشابهة يمكن أن يخفف الشعور بالعزلة ووصمة العار ، كما يخفف إلى حد ما الشعور بالحزن ، حيث أن هؤلاء الأباء ينتابهم شعورا بالانتماء إلى أى مجموعة من الأباء ، وهذا يتحقق من المشاركة في البرامج .

٦- تخفيف المشاعر المتعلقة بالإحساس بالذنب والغضب والقلق عند معرفة أن هذه المشاعر منتشرة عند باقى الأباء الذين لهم مشاكل مشابهة سواء كانت موجهة ناحية الطفل أو ناحية أنفسهم أو ناحية أطفالهم الآخرين أو الأقارب أو حتى الأغراب في الشارع والسوق ، فهذه المشاعر نشأت غالبا من استجابات المجتمع القاسية وغير المناسبة تجاه حاجات الطفل والأسرة ، وهؤلاء الأباء غالبا يكونون مجتمعا جديدا وعائلة واحدة تهتم بأعضائها وتؤيدهم .

٧-ان تعامل الأباء مع المتخصصين لفترات طويلة قد تمتد طوال حياة الطفل ، يفيد الأباء في التغلب على كثير من مشاكلهم الشخصية ومشاكل أبنائهم الاوتيستك ، وكذلك يساعدهم على فهم الأنظمة الاجتماعية ويحميهم من الأعباء التى يفرضها النظام الاجتماعى عليهم ، ويساعدهم على

التعامل بشكل جيد مع الوكالات الاجتماعية المسئولة عـــن تنميـــة وحمايـــة الخدمـــات الرئيســـية والإمداد بالتشجيع والتأييد لهم ولأطفالهم .

(Cohen, Donnellan, 1985, 519-520) .

احتمالات التحسن في أعرض الاوتيزم :-

أوضحت مقالة روتر Rutter (١٩٧٧) أن حوالى ٦/١ من الاوتيستك يظهرون تحسنا في الســـلوكيات الاجتماعية في مرحلة ما قبل المدرسة ، ويمكن لهؤلاء الأفراد أن يحصلوا على وظائف فـــي مرحلـــة الرشد بالرغم من عدم خلوهم تماما من كافة أعراض الاوتيزم .بينما حوالـــى ٦٠% مـــن الاوتيســـتك يعانون بشكل واضح من أعراض الاوتيزم حتى بعد سن البلوغ (Sahakian, et als, 1986, 285) .

أما لوتر Lotter (١٩٧٨) فيشير بأن (٥-١٧) % من أعراض الاوتيزم يحدث لـــها تحســـن نسبى، ويذكر ديمير Demyers (١٩٧٩) أن ٦٠ % من كبار الاوتيستك يوضعون داخـــل مؤسســـات علاجية . وأن الأباء الذين تحملوا صعوبات قاسية في السنوات الأولى لأطفالـــهم الاوتيســـتك ، غالبـــا ما يجدون أن باقى فترة الطفولة تتسم بالهدوء النسبى للأعراض وتعتبر أفضل ســـنوات الحيـــاة لـــدى الاوتيستك نتيجة للسيطرة على بعض السلوكيات مثل (مقاومة التغيير - المخـــاوف الشـــاذة- القـــدرة على التواصل - المشكلات السلوكية) (Cohen, Donnellan, 1985, 521) .

أما **مرحلة المراهقة** عند الاوتيستك فتزداد أعبائها بسبب التغيرات الجسدية المصاحبـــة لـــهذه المرحلة ، الضغوط الناشئة عن السنوات العديدة لتربيـــة الطفـــل الاوتيســـتك ، والإحســـاس الظـــاهر بالاستقلالية لدى الشخص الذى يفتقد الكثير من متطلبات إرشاد ذاته والتحدى الذى يعبر عنـــه بشـــكل صريح ، فالمراهق الاوتيستك لا يجد له مكانا في مجتمع المراهقيـــن ، وبالتـــالي ينســـحب لشـــعوره بالارتباك والإحباط وربما يصبح مؤذيا لنفسه أو عدوانيا كما يكون أكثر رفضا للمجتمع عن ذى قبل .

وبالرغم من هذه الصعوبات ، فإن بعض الاوتيســـتك يتحســـنون فـــي المراهقـــة ، والقليـــل يستطيع الاعتماد على ذاته في الكبر ، وآخرون - بـــل الكـــثرة منـــهم - تتدهـــور حالتـــهم بشـــكل تصاعدى (Cohen, Donnellan, 1985, 508-522) .

وتشير دراسات لوفا Lovaas (١٩٧١) ، كوجل ، كوفـــرت Koegel, Covert ، (١٩٧٢، ١٩٧٤) روتر (١٩٧٧) ، شيرمار Shermar (١٩٨٣) بـــأن الطفـــل الاوتيســـتك يتحســـن إذا كـــان التشخيص والتدريب المناسب قد قدم له في سن مبكرة ، كما أن مفتاح تحسن أعراض الاوتـــيزم هـــو تعديل السلوك النمطى واستبداله بسلوكيات هادفة ، وتكوين علاقات وثيقـــة مـــع الطفـــل ، ويضيـــف

كامبل وآخرون (١٩٨١) أن تحسن القدرة على محاكاة الحديث يمكن أن تكون نتيجة لاختزال السلوك النمطي والانسحابي ، وأن التكنيك المستخدم في اختزال السلوك النمطي هو نفسه المستخدم في مساعدة الأطفال الاوتيستك على التعلم الذاتي (Sahakian, et als ,1986,286) .

ويشير شارون نيورث وآخرون بأن الأفراد الاوتيستك يمكن مساعدتهم للوصول إلى مستوى أفضل إذا تم اتباع الأتي :-

التدخل المبكر ، استخدام أساليب التربية الخاصة ، تأييد الأسرة ومساندتها ، وفي بعض الحالات تكون هناك حاجة ضرورية للعلاج الطبي كي تستطيع الحالة أن تعيش حياة طبيعية .

كما أن أساليب التدخل الخاصة وبرامج التربية تهدف جميعها إلى مساعدة هؤلاء الأفراد على التعلم ، التواصل ، الارتباط بالآخرين ، وأختزال حدة السلوكيات النمطية التكرارية (Sharyn Neuyirth , et als 1999,15) .

ويضيف شارون نيورث وآخرون بأن صغار الاوتيستك يمكن تعليمهم المهارات الأكاديمية الأساسية كالقراءة والكتابة ، والمهارات الرياضية البسيطة ، ومنهم من يكمل دراسته في المدارس العالية ، والبعض يحصل على درجات جامعية .

ويعتبر التدخل المبكر من أهم العوامل التي تساعد على تنمية هؤلاء الأطفال لمدى طويل واستقلاليتهم ونجاحهم في حياتهم (Sharyn Neuyirth , et als 1999,15-16) .

الفصل الثالث

الدراسات السابقة وفروض الدراسة

- دراسات تناولت سمات الأطفال الاوتيستك .
- دراسات تناولت الأساليب العلاجية والتدريبية التى يمكن استخدامها مع الأطفال الاوتيستك .
- التعليق على الدراسات السابقة .
- فروض الدراسة .

الفصل الثالث

الدراسات السابقة وفروض الدراسة

مقدمة :-

تعرض الباحثة في هذا الفصل الدراسات السابقة التي تناولت إعاقة الاوتيزم من حيث الوصف والتشخيص الدقيق لها ثم الأساليب العلاجية والتدريبية التي تقدم لفئة الأطفال الاوتيستك بوجه عام ، وبعد ذلك يتم عرض الدراسات العلاجية التي تتناول العلاج من منظور اجتماعى أي تهتم بتنمية المهارات الاجتماعية لدي هؤلاء الأطفال ثم الدراسات العلاجية التي تعتمد على دور الأسرة ، وتختم الباحثة هذا الفصل بعرض فروض الدراسة .

أولا : دراسات تناولت سمات الأطفال الاوتيستك :-

تهتم هذه الدراسات بإلقاء الضوء علي السمات المميزة للأطفال الاوتيستك . وحيث أن العجز أو القصور اللغوي يعتبر من أهم الخصائص المميزة للأطفال الاوتيستك بصفة عامة فقد اهتمت دراسات عديدة بتناول هذا العجز بعناصره المختلفة .

فدرس بريزنت باري . Prizant B (١٩٧٩) إمكانية ظهور ترديد الكلمات بطريقة ببغاوية أو التكرار غير الهادف لما يسمع Echolalia ضمن السمات المميزة لأربعة من الأطفال الاوتيستك ، وباستخدام التحليل العاملى المتعدد المستويات ظهرت خاصية ترديد الكلمات هذه مصاحبة لسبعة من السمات المميزة لهؤلاء الأطفال وهي: ضعف القدرة على التركيز ، عدم الاستجابة لما يطلب منه ، كثرة الكلام بدون هدف ، الميل إلى التكرار الممل في الحديث، اجترارية التفكير (التفكير الاجتراري) ، شذوذ الاستجابة للمثيرات البيئية والانسحاب من الواقع المادي إلى الانغلاق الذاتي . وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة بالإضافة لما سبق ما يلي :-

١ – وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط عدم التفاعل مع الآخرين مقابل التفاعل عن طريق الترديد اللاإرادي لصالح الأخير .

٢ – وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام الأطفال الاوتيستك للترديد اللاإرادي وهذه الفروق ممكن تفسيرها في ضوء الاستراتيجيات الفردية والمستوي المعرفي والوظائف اللغوية لكل طفل .

٣- الترديد اللاإرادي سلوك وظيفي ودال عند الأطفال الاوتيستك حيث يرغب الطفل من ورائه توصيل رسالة ما للمحيطين ولكنها لا تفهم .

٤- العجز اللغوي ومشكلات اضطرابات الكلام ومنها الترديد اللاإرادي تعتبر من المعايير الأولية في تشخيص الاوتيزم لأنها أكثر الخصائص ظهورا لدي هؤلاء الأطفال ، كما تشير نتائج هذه الدراسة إلي إمكانية التخفيف أو القضاء علي ظاهرة الترديد اللاإرادي وتغيير بعض السلوكيات غير المقبولة اجتماعيا لدي الأطفال الاوتيستك ببعض التوجيه السلوكي للأطفال وأسرهم .

وفي دراسة أخري تعتمد علي الملاحظة لمدي مداومة الأفراد الاوتيستك علي الترديد اللاإرادي قام بها رين (١٩٨٨) Rein , R. وهدفت هذه الدراسة إلي تحديد ما إذا كان كلام الاوتيستك بهذه الصورة يهدف من ورائه الاتصال أم أنه بدون معني ، وأيضا التعرف علي المتغيرات المرتبطة بهذا الترديد الواضح .

وقد أجريت هذه الدراسة علي عينة قوامها (١٥) فرداً اوتيستك يتراوح العمر الزمني لهم بين (٩,١ - ٢٦) سنة وأظهروا جميعا مستويات عالية من التكرار اللاإرادي في المواقف الأربعة التالية : المدرسة - العمل اليومي - اليوم الدراسي -أداء العمل الروتيني وقد تجمعت البيانات جميعها باستخدام Event-Sampling Procedure ، وأظهرت نتائج الدراسة ما يلي :-

١- ١٧% تقريبا من أفراد العينة كان كلامهم عبارة عن تكرار لاإرادي بدون معنى أو هدف.

٢- كثير من كلام أفراد العينة تم تقييمه أثناء مواقف الاتصال الهادف ، ولوحظ ظهور التكرار اللاإرادي بكثرة في مواقف التفاعل الاجتماعي .

٣- يظهر الكلام بصورة واضحة غالبا في مواقف العمل اليدوي الروتيني .

٤- التكرار اللاإرادي يعلي عدم حدوث الاستجابة المناسبة ، بينما الكلام العادي الذي لا يتضمن تكرارا بدون معني يكون أكثر ميلا للاستجابة المحايدة .

٥- يعتبر التكرار اللاإرادي سلوك سلبي تعبيرا عن عدم الرغبة في تحقيق اتصال فعال أو تفاعل اجتماعي متبادل ، ولذا فان الأفراد الاوتيستك يظهرون التكرار اللاإرادي في مواقف التواصل الهادف والمبادئه بالتفاعل الاجتماعي .

للتعرف علي الطبيعة الخاصة للعجز اللغوي عند الأطفال الاوتيستك كانت دراسة راموندو وميلك Ramondo, Mileck (١٩٨٤) علي عينة من الأطفال مقسمة إلى ثلاث مجموعات :

١ - مجموعة الاوتيستك متوسط العمر الزمني لها (١٣,٥) سنة

٢ - مجموعة المتخلفين عقليا متوسط العمر الزمني لها (١٣,٤) سنة

٣ - مجموعة العاديين متوسط العمر الزمني لها (٨,٧) سنة

وكانت المجموعات الثلاث متساوية في عدد الأطفال (١٢ طفلا) ، وتم اختيارهم من إحدى ولايات غرب استراليا ، وشخصت مجموعة الاوتيستك بناء علي معايير التشخيص التي وردت في دراسة سابقة لرامندو وميليك (١٩٨١) وتنص علي:

قصور في العلاقات الاجتماعية ، إعاقة النمو والشذوذ في اللغة واستخدامها ، الميل والإصرار علي الثبات وعدم التغيير ، ظهور هذه الأعراض قبل العمر الزمني (٣٠) شهرا . وقد تم التجانس بين المجموعات في كل من المدى الرقمي Digit span الذي تم قياسه بإحدى الاختبارات الفرعية لمقياس وكسلر لذكاء الأطفال Wechseler, 1974 والعمر العقلي الذي قيس باختبار الصور للمفردات اللغوية Dunn , 1965 فكانت نسبة الذكاء للمجموعات الثلاث علي التوالي(٧٦,٨ ، ٧٣,٨ ، ١٠٦) وعند اختبار أو فحص القدرة علي التعلم والتذكر للكلمات المتتالية تم استخدام أربعة أنواع من المتتابعات هي :

متتابعة تعتمد علي القواعد النحوية - أخرى ترتبط عناصرها بالمدلول اللفظي - ثالثة تعتمد على مهام التذكر للألفاظ السمعية - رابعة تعتمد علي الأداء لهذه الألفاظ ، وتم التقييم بثلاث مقاييس هي : تذكر التسلسل - تذكر المجموعة - التذكر الحر .

وقد أظهرت نتائج الدراسة ما يلى :-

١ - يكون التذكر أفضل حينما تكون دلالة الألفاظ عالية وذلك عند المقارنة في حالة الدلالة المنخفضة للألفاظ و يكون هذا التحسن متشابه في المجموعات الثلاث .

٢ - في حالة المتتابعات التي تعتمد علي القواعد النحوية يكون تذكر الأطفال العاديين أفضل من ذوى التخلف العقلي والاوتيستك .

٣- ترى النظريات الحديثة أن العجز اللغوي الواضح لدى الأطفال الاوتيستك هو عجـز فـي فهم دلالة الألفاظ وفي عمليات الأعراب والقواعد النحوية (تكوين الجمـل) بمعنـى أنـهم لا يستطيعون فهم ما يقال لهم ولا تكوين جملة مفيدة أو الإجابة على سؤال ما .

ويتفق **بيترز ميشيل** .Peters , M (١٩٨٥) مع سابقيه على أن العجز اللغوي لدى الاوتيستك يتمثل في عجز أو قصور في تكوين الجمل .

ويؤكد بيترز على أن هذا العجز ناتج من وجود خلل في بعض المداخل العصبية والوظيفية لدى الطفل الاوتيستك ، ويحدد مصدريين أساسيين لهذا العجز اللغوي هما :

المصدر الأول : يعتمد علي الخلل في إدراك الأفراد المعنى الفطـري للمواقـف الاجتماعيـة والعاطفية .

المصدر الثاني : يعتمد على الطبيعة الأساسية الاجتماعية للتواصل .

فأي اضطراب شديد في التعرف علي الآخرين كأفراد من نفس النوع يكون مرتبطا بحـدوث صدمة حادة على كل من تنمية وحفظ اللغة .

فعندما يستخدم الشخص الاوتيستك اللغة فانه يواجه بصعوبات في المعنـى الفطـري والمكتسب ، على الرغم من أن مشكلات النطق ومشكلات تركيب الكلام تتأثر بشـكل غـير مباشر بالنمذجة غير المؤثرة ، فان مشكلات الأشكال اللفظية والتخطيطية للغة هي جزء مـن هذا العجز المحدد .

ويضيف بيترز أن الاضطرابات الحادة جدا في القدرة على الاستخدام المناسب للمعاني الاجتماعية والعاطفية من المحتمل أن تكون مرتبطة بالاضطرابات الحادة في تكوين واسـتخدام المعاني المناسبة في المجالات الأخرى .

كما يرى أن المشكلات الأساسية المرتبطة بالعجز الاجتماعي والعاطفي ربما ترتبـط بالبناءات الخاصة بالدماغ المتوسط مثل اللوزة والمناطق المرتبطة وظيفيـا ، وأن مشـكلات الاستخدام اللاإرادي للمعنى ربما تكون مرتبطة بمحور الفص الجبهي .

كما أجرى **سود هولتر وآخـرون** Sudhaulter, et als (١٩٩٠) بـإحدى ولايـات نيويورك دراسة عن تحليل الاستجابات اللفظية للذكور من فئة الداون سـندروم Down Syndromeمن ذوى حالات تكسير الكروموزوم Fragile X وفئة أخرى من الاوتيستك .

وهدفت الدراسة إلي الكشف عن الفروق بين المجموعتين في بعض الاضطرابات اللغوية المتمثلة في كثرة الكلام عديم المعني – عدم القدرة علي التعبير اللفظي السليم – تكرار الأصوات الغريبة غير المتجانسة – ترديد بعض الأصوات غير المفهومة خلال المحادثات اللفظية ، علي عينة قوامها تسعة ذكور من المصابين بأعراض الداون ، اثنا عشر من الذكور المصابين بأعراض الداون من حالات تكسير الكروموزوم ، واثنا عشر من الذكور الاوتيستك وقد تم التجانس بين المجموعات الثلاث في العمر الزمني – الحصيلة اللغوية – السلوك التوافقي وذلك لإستبعاد الأطفال ذوى المهارات اللغوية الضعيفة بدرجة كبيرة ، وأتضح من نتائج الدراسة أن الأطفال من فئة الداون سندروم والذين يعانون من تكسير الكروموزوم Fragile X يتصفون ببطيء شديد وواضح في نموهم اللغوي من حيث الكيف عن أقرانهم من فئة الداون سندروم .

وكذلك يختلفون كما وكيفا في أنماط اللغة عن أقرانهم من فئة الاوتيستك وذلك لأن فئة الداون سندروم من حالات تكسير الكروموزوم يغلب على أحاديثهم التكرار وتشابه مخارج الحروف إلي جانب الصعوبات في نطق الحروف والكلمات وعدم القدرة على ترتيب الكلمات ونقص واضح في الحصيلة اللغوية وعدم استخدام الضمائر بصورة صحيحة .

ونظرا لاختلاط الأعراض والسمات المميزة للاوتيزم بأعراض إعاقات أخرى مشابهة فقد حاول **عمر بن الخطاب** (١٩٩١) في دراسته للتشخيص الفارق بين التخلف العقلي واضطراب الانتباه والتوحدية Autism التمييز بين هذه الإعاقات الثلاث .

فوجد أن كل إعاقة منهم تتسم باضطراب واضح في قدرة معرفية ما تختلف عن القدرة المضطربة في إعاقة أخرى ، ففي حالات التخلف العقلي وجد أن التأخر الواضح يظهر في نسبة الذكاء وبمعنى أدق في الذاكرة ، فلا يستطيع الطفل أن يختزن المعلومات أيا كان نوعها .

أما في حالات اضطراب الانتباه فان القدرة المضطربة هي الانتباه ومن ثم فصاحبها يعاني من صعوبات في التعلم والسلوك الاجتماعي كنتيجة لأنه غير ملتفت أو غير مشغول بالمنبهات المحيطة به ، ومن ثم فإن هذه المنبهات لا تختزن في الذاكرة لا كنتيجة لمشكلة في الذاكرة بل لعدم دخول المعلومة أصلا .

بينما في حالة الاضطراب التوحدي (الاوتيستك) تتمثل مشكلة صاحبها في الإدراك إذ نجد أن المتوحد يهتم ويستجيب لمنبهات بعينها بغض النظر عن كونها استجابة شاذة ، ولا

يستجيب لمنبهات أخرى ، وهذا يعني أن الخلل والقصور يكونان في الإدراك ، هذا بالإضافة إلى عدم قدرته على التفاعل والتواصل مع الآخرين مما يعوقه عن العمل على زيادة المخزون في الذاكرة والارتفاع بمستوى القدرة المعرفية .

وقد هدفت دراسة **أندرسون ، فلسبرج** Anderson , Flusberg (١٩٩١) إلى فحص مستوى اللغة لدى عينة من الأطفال الاوتيستك ومقارنتهم بالأطفال المتخلفين عقليا ، وقد تكونت عينة الدراسة من (١٢) طفلا (٦ اوتيستك ، ٦ متخلفين عقليا) ومتوسط أعمارهم (٨) سنوات ، وكانت أدوات الدراسة المستخدمة هي الملاحظة واستمارة لتسجيل المعلومات حيث تم ملاحظة هؤلاء الأطفال لمدة (١٢) شهرا متواصلة ، وتم تسجيل جميع الألفاظ التي تصدر عنهم ، وقد بينت نتائج الدراسة أن الأطفال الاوتيستك كانوا أقل من الأطفال المتخلفين عقليا في مستوى اللغة، كما أنهم يستخدمون كلمات غير مترابطة .

.وقد ساهم **ساندبيرج وآخرون** Sandberg , et als (١٩٩٣) في عرض الصورة الإدراكية المعرفية لاوتيزم الطفولة باستخدام اختبار جريفث للنمو العقلي Griffiths Mental Development Scale وعلى عينة قوامها (٧٠) طفلا ومراهقا اوتيستك تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٢ -٢٠) سنة ومتوسط العمر الزمني يقدر بخمسة سنوات وثمانية أشهر .

وتم تشخيص الحالات بمعايير(DSM – III) ثم إعادة التشخيص والملاحظة والفحص الطبي للأطفال ومقابلة الأباء ثم تطبيق معايير (DSM- III – R) ، وقسمت العينة إلى (٥٢) ذكورا، (١٨) إناثا بنسبة (٩ ٢ :١) وتعتبر نسبة الفتيات في هذه الدراسة كبيرة عن النسبة التي أقرتها معظم الدراسات (Wing , 1981 , b , Steffen burg , 1991) وتم تطبيق الجزء الثاني (Part II) من اختبار جريفث للنمو العقلي على أفراد العينة والذي يتكون من ستة مقاييس فرعية هي : -

١-النمو الحركى (Lecomotor (Lm

٢- الاجتماعي الشخصى (Personal–Social (P/S

٣-السمع والكلام (Hearing and speech (H/sp

٤- العين واليد (Eye and Hand (E/Hd

٥- الأداء (Performance (PF

٦- الاستدلال العملي (Practical Reasoing (PR

وتقدم هذه المقاييس في صورة أسئلة نمائية تكشف عن العمر العقلي (DQ) لأفـــراد العينة التي تم تقسيمها إلى ثلاث فئات :

أ- أصحاب التخلف العقلي الشديد (DQ <50)

ب- أصحاب التخلف العقلي المتوسط (DQ = 50 : 69)

ج- غير المتخلفين عقليا (DQ > 70)

وأظهرت نتائج تطبيق هذا الاختبار أن أفضل أداء لأفراد العينة كـان علـى مقـاييس الأداء والحركة وأدنى أداء ظهر على مقاييس السمع والكلام والاسـتدلال العملـي ، وكـانت النتائج على مقاييس الأداء أفضل من مقاييس العين واليد ، وفسر الباحثون هذه النتيجـة بـأن الأطفال الاوتيستك يفضلون الأعمال التي تتطلب حلا محدودا وواضحا وعدم احتكاك اجتماعي عن الأعمال التي تتطلب بعض المهارات التقليدية الابتكارية .

وحيث أن ضعف التواصل يعد أحد السمات الرئيسية للاوتيستك فقد قام الباحثون بعمـل تحليل خاص لمقاييس السمع والكلام لأفراد عينة البحث ، فوجدوا أن عشرة فقـط مـن (٧٠) حالة حصلوا على عمر عقلي (٧٠) أو اكثر على هذه المقاييس ، ويرى البـاحثون أن هـذا لا يعنى وجود مشاكل فى السمع لدى هؤلاء الأطفال ، بالرغم من أن البعض يعتبر تلف السـمع أمرا شائعا إلى حد ما في الاوتيستك (Steffenburg , 1991) ويرجعون هذا القصـور إلـى العجز في التعبير كوظيفة لدى هؤلاء الأطفال .

كما تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن مجموعة الاوتيستك غير المصحوبة بتخلـف عقلـي تظهر سلوكيات مشابهة لسلوك الأطفال الذين يظهرون أعراض اسبيرجر Asperger .

ودرس **هو بت وأخرون** Ho PT , et als (١٩٩٩) التأخر النمائي المنتشر كعجـز أو قصـور سمعي لدي الأطفال الاوتيستك ، وقد افترض الباحثون أن الأطفال الذين يظهرون عجزا لغويـا ومهارات اجتماعية غير ملائمة في سن الثانية من العمر ، وتم تحويلهم غالبا إلي قسم الأنـف والأذن والحنجرة لفحص قدراتهم السمعية لديهم عجزا في السمع .

ولاختبار صحة هذا الفرض ، تم فحص أجهزة السمع لديهم ، وقد أظهر هذا الفحص اختـلاف كبير بين وظيفة السمع والقدرة اللغوية مما أشار إلي إصابة هؤلاء الأفراد باضطراب أو تـأخر نمائي تتطابق أعراضه مع معايير تشخيص الاوتيزم .

وقد قام الباحثون بفحص الأطفال الذين تم تحويلهم إلي أقسام الأنف والأذن والحنجـرة خـلال السنوات الأربعة الماضية للكشف عن قدراتهم السمعية وقد أشارت نتائج الفحص بما يلي :-

١- (١٥) طفلا تم تشخيصهم فيما بعد بالتأخر النمائي الشامل (PDD) وكانت نسبة الذكور إلي الإناث كنسبة (٤:١) بمتوسط عمر زمني سنتان وقت دخول المستشفى .

٢- ثلث الأطفال كان مصاب بقصور في الأذن الوسطى ، وقد حدث لهم تحسن بعد زرع أنبوبة أو قناة داخل الأذن .

٣- أظهر ثلث الأطفال قصور وظيفي على اختبار الاستجابة السمعية وهذا القصور ناشئ من خلل في الدماغ .

وخلاصة ما توصل إليه الباحثون أن الأطفال ذوي التأخر النمائي خاصة ما يظهر في الوظائف الراقية قد يظهر عليهم بعض مظاهر العجز اللغوي والتواصلي والذي عادة ما يفسر بطريق الخطأ على أنه فقدان للسمع . ويستطيع أطباء الأنف والأذن والحنجرة اكتشاف حالات فقدان السمع والتمييز بينهما وبين الحالات التي تتشابه أعراضها معها .

لذا فإن فحص أجهزة السمع لدي الأطفال يتيح فرصة كبيرة للاكتشاف المبكر لحالات التأخر النمائي المنتشر وحالات الاوتيزم مما يفيد في سرعة التشخيص والعلاج لهذه الفئة .

أن العجز اللغوي بالصورة التي تم عرضها يعبر عن جوانب القصور في التواصل اللفظي بين الأفراد الاوتيستك والآخرين ، أما عن مظاهر العجز في التواصل غير اللفظي يمكن إلقاء الضوء عليها من خلال الدراسات التي أجراها **هوبسون وآخرون** Hobson, et als (١٩٨٨) على مجموعتين من المراهقين إحداهما اوتيستك تتكون من (١٧) مراهقا منهم (١٥) ذكورا ، (٢) إناث ومجموعة المتخلفين عقليا وغير اوتيستك (مجموعة ضابطة) تتكون من (١٧) مراهقا منهم (١٣) ذكورا ، (٤) إناث ، ومنهم (٣) بصفة عامة داون سندروم تم تجانس المجموعتين في العمر الزمني والحصيلة اللغوية بالنسبة للصور .

وقد تم إجراء اختبار قبلي لأفراد العينة للتأكد من أن المجموعات تستطيع فهم تعليمات الاختبار ، فقد سئلوا بعد عرض (٦) صور عليهم أن يختاروا : -

١- نفس الشخص كما يظهر في الصورة المطلوبة ، حيث أن صور الشخص الثلاثة تختلف في تعبيرات الوجه .

٢- نفس تعبير الوجه (سعيد) كما يظهر في الصورة المطلوبة ، حيث كانت الوجوه السعيدة لثلاثة أشخاص مختلفين ، وتم اختيار الأفراد الذين لم يرتكبوا أكثر من خطأ واحد للاشتراك في التجربة التي كانت تهدف إلى المقارنة بين قدرات الاوتيستك والمتخلفين عقليا في التعرف على الانفعال والشخصية من خلال الصور المعروضة عليهم .

واشتملت التجربة على تقديم ثلاثة أشكال (وجوه كاملة – وجوه فيها الفم مغطى – وجوه فيها الفم والجبهة وبعض أجزاء من الحاجبين مغطاة) وكان هذا للتعرف على الشخصية .

أما الخاص بالتعرف على الانفعال فكانت تقدم صور تعبر عن أربع انفعالات هي : سعيد –غير سعيد – غضبان – خائف أو مرتعد ، وطلب من المجموعات التعرف على الانفعال من خلال التغيرات في الشخصية ، والتعرف على الشخصية من خلال التغير في الانفعالات ، وقد تم عرض الصور بطريقه عمودية أولا ثم بطريقة جانبية .

واستخدم الباحثون تحليل التباين الأحادى A NOVA للمجموعات (اوتيستك – غير اوتيستك) × الحالة (الشخصية – الانفعال) وأظهرت النتائج ما يلي : –

١– براعة المجموعتين في التعرف على الانفعال والشخصية من خلال الوجوه الكاملة .

٢– عندما تقل الأدلة على وضوح الانفعال والشخصية فان مجموعة الاوتيستك تعانى تدهورا في الأداء وكانت أكثر تميزا في التعرف على الانفعال وذلك بالمقارنة بغير الاوتيستك .

٣– أظهرت مجموعة غير الاوتيستك مستوى عال نسبيا من الأداء في التعرف على الانفعال، عندما قدمت لهم الوجوه ممسوحة الفم ، ممسوحة الفم والجبهة 'بعكس الاوتيستك الذين يظهرون عجزا في التعرف على الصور المعبرة انفعاليا ويرى الباحثون أن هذه النتائج تتفق مع مثيلتها التي أجراها لانجديل Langdell (١٩٧٨، ١٩٨٢) .

٤ – كما أشارت نتائج التجارب التي أجراها هوبسون وآخرون أن الأطفال الاوتيستك ليسوا مختلفين عن الأطفال المتخلفين عقليا وغير اوتيستك في القدرة على تصنيف صور الناس حسب الجنس وطول الشعر ، كما تؤيد أن بعض الأفراد الاوتيستك يفشلون في تصنيف الأشخاص ذكورا أو إناثا طبقا لملامح الوجه .

٥ – مجموعة الاوتيستك أعطت تقديرات عالية بالمقارنة بمجموعة غير الاوتيستك في حالات الشخصية والانفعال عند عرض الصور بطريقة جانبية ، ويفسر الباحثون هذا الأداء الجيد بأنه يرجع إلى قدراتهم العالية جدا في الذكاء البصري المكاني Viso – Spatial Intelligence .

ويرى هوبسون وآخرون أن دراسات لانجديل (١٩٧٨ ، ١٩٨١ ، ١٩٨٢) تعتبر من الدراسات الرائدة لاختبار قدرة الاوتيستك في التعرف على الخصائص الإنسانية من خلال الصور الكاملة أو أجزاء من الصور أو أجزاء مصغرة من صورة الوجه .

وفي تجارب لانجديل على تميـيز الانفعـال (١٩٨١، ١٩٨٢) أختـبر (١٠) أطفـال اوتيستك ، (١٠) غير اوتيستك ولديهم تخلف عقلي في تصنيف الصور ذات الوجوه السعيدة أو الحزينة ، وكانت المجموعات متجانسة في العمر الزمني والذكاء العام على اختبار وكسلر.

وأظهرت النتائج ما يلى : -

أفراد المجموعتين كانوا قادرين على تصنيف الوجوه المكتملة والأنصاف السفلية من الوجـوه ، ولكن الاوتيستك كانوا أقل مهارة في تصنيف الأنصاف العلوية من الوجوه .وقد فسر لانجديـل في دراساته أن عجز الاوتيستك في معرفة انفعال الوجه يرجع إلى عيوبهم العقليـة السـائدة ، وهذه العيوب ربما تحد من عملية التعرف على الانفعال أو تعوق الأداء في اختبارات التعـرف على الانفعال (Hobson , et als , 1988 ,441-442) .

بينما **اوزنوف وآخرون** Ozonoff, et als (١٩٩١) درسوا العلاقة بين ثلاثة أنـواع من القصور أو العجز لدى الاوتيستك وهي الشعور العاطفي ، العجز العقلي (نظرية العقـل) و الأداء الإجرائي وتعتبر هذه الدراسة هي الأولى في فحص هذه المجالات الثلاث مجتمعـة ، كما أنها استطاعت فحص الأداء الإجرائي للأطفال والبالغين الاوتيستك .

وقد افترض الباحثون أن :-

١- العجز في الاوتيستك ناتج من الترابط بين العجز في المكونات التالية (الشعور العـاطفى- نظرية العقل – الأداء الإجرائي) .

٢- هل العجز في الأداء الإجرائي موجود في الأفراد الاوتيستك الصغار ، وإذا كان موجـودا فكيف يمكن ربطه بنظرية القصور العقلي ؟

٣- هل مقادير العجز في المجالات الثلاث موجودة لدى الأفراد الاوتيسـتك مرتفعـى الأداء بالمقارنة بالمجموعة الضابطة ؟

٤- هل واحد أو أكثر من مقادير العجز هذه يظهر بصفة أساسية في الاوتيزم ؟

لفحص هذه الفروض طبقت بطارية من الاختبارات الخاصة مثل المـهام المميزة والقدرة المكانية على عينة الدراسة المكونة من مجموعتين ، الأولى مجموعـة مـن الأفـراد الاوتيستك عددها (٢٣) فرداً يتراوح العمر الزمني لهم بين (٨ – ٢٠) سـنة بمتوسـط عمـر

زمني (١٢) سنة ، انحراف معياري (٣,١٩) وحصلوا على الدرجة (٣٠) أو أكـــثر بمتوســط (٣٤,٦٥) ، وانحراف معيارى (٤,٦٤) في مقياس تقدير الاوتيزم لسكوبلر وريتشارد (C A RS) .

وبعد أن تم التشخيص طبقا لمعايير (DSM – III – R) استبعد ثلاثة من الاوتيســتك لأنهم حصلوا على نسبة ذكاء أقل من المتوسط المطلوب وهو (٨٩,٥٢) في خمس اختبـــارات فرعية من اختبار وكسلر المعدل وانحراف معياري (١٥,١٧) ونســـبة ذكـــاء كليـــة (٦٩) ، المجموعة الثانية (مجموعة غير الاوتيستك) عددها (٢٠) لديهم صعوبات القــراءة Dyslexia تم قياسها بنسبة الذكاء الكلية (Full ‑ Scale IQ (Fs IQ ، حصلوا على الدرجـــة (٢٤) فـــي مقياس (CARS) وبعد أن تمت مجانسة المجموعتين في نسبة الذكاء اللفظية ، العمر الزمنـــى ، الجنس ، المستوى الاجتماعي والاقتصادي .

فقد أظهرت النتائج ما يلى :-

١ – وجود مجموعة فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في الأداء الإجرائي ، نظريـــة العقل ، الإدراك الانفعالي والذاكرة اللفظية لصالح المجموعة الضابطة في المهام المميزة .

٢ – لا توجد فروق بين المجموعتين في القدرة المكانية والقياسات الضابطة الأخرى .

٣- العجز في نظرية العقل كان جوهريا في الاوتيزم وإذا ظهر العجز في الأداء الإجرائـــــي سيكون مرتبطا وينتج من نفس المكان الذي سبب القصور العقلي وهو المخ ، وبذلـــك توجــد علاقة بين العجز في الأداء الإجرائي ونظرية العقل لدى كل الأفراد الاوتيستك وهذه العلاقـــة أساسية .

٤ – العجز في نظرية العقل حينما يكون من الدرجة الأولي يكون موجوداً فقط لدى مجموعـــة فرعية من الاوتيستك أى شديدي التخلف .

ولمزيد من التفاصيل حول خبرات الأطفال الاوتيستك الخاصـــة بالانفعـــالات البســيطة والمعقدة ، ومقدرتهم في التعرف على الانفعال وتسميته من خلال الصور ، كانت هذه أهـــداف دراسة **كابس وآخرون** Capps , et als (١٩٩٢) على عينة قوامها (٣٢) طفلا يبلغـــون مـــن العمر الزمني (١٢) عاما ، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتيـــن : الأولـــي مجموعـــة الأطفـــال الاوتيستك وعددها (١٨) تم تشخيصهم بمعايير (DSM- III) ، المجموعـــة الثانيـــة هي مجموعة العاديين وعددها (١٤) .

وقد تم التجانس بين المجموعتين في العمر الزمني ، الجنس ، الدرجة الكلية على مقياس الذكاء لوكسلر ، ولا توجد بينهم فروق دالة بالنسبة للعمر العقلي ، القدرة اللفظية ، نسبة الذكاء اللفظية والعملية ، وكذلك تم التجانس في الخبرات الثقافية والتي تم تقديرها Hollingshead Index , 1957 وطبق عليهم مقياس فاينلاند للسلوك التوافقي لقياس الوظيفة الاجتماعية .

وقد أسفرت نتائج تحليل التباين الأحادي بين مجموعات المقارنة للانفعالات البسيطة والمعقدة إلى الأتي :

١ – بالنسبة للانفعالات البسيطة (السعادة – الحزن) استطاع الأطفال الاوتيستك التحدث عن هذه المشاعر والتفريق بينها ، فقد أشاروا إلى الأوقات التي يتلقون فيها هدية جميلة أو يتمتعون فيها بخبرة شيقة كالذهاب إلى الحدائق أو تناول الطعام بأنها هذه الأوقات التي يشعرون فيها بالسعادة . أما عن الأوقات التي يشعرون فيها بالحزن فهي المواقف التي يتعرضون فيها للأذى أو الغيظ أو الاستفزاز . وأكدت النتائج أن هذه الانفعالات البسيطة لها خصائص مميزة حسنة كإظهار الابتسامة مع السعادة ، الصراخ مع الحزن والتعبيرات الغامضة نسبيا .

٢ –بالنسبة للانفعالات المعقدة (الحيرة – الغرور) فان المواقف التي يشعرون فيها بالحيرة هي الأوقات التي يجبرون فيها على المشاركة في أنشطة يشعرون فيها بالعجز وقد يفشلون في التفريق بين مواقف الحزن والحيرة على أساس المكان .

ويفسر الباحثون ذلك بقلة الخبرات الاجتماعية التي تعرضوا لها نتيجة لكثرة إحراج الجماعة لهؤلاء الأطفال ، فهم فضلوا اجتناب تقدير الآخرين بدلا من البحث عنه .

أما عن المواقف التي يشعرون فيها بالغرور فهي الانتهاء من عمل الواجب أو الفوز بلعبة وهذه أيضا من صفات العاديين .

٣ – الأطفال الاوتيستك يمتلكون مفاهيم مختلفة جدا عن الغرور وهذا يرجع إلى القصور في قدرتهم اللغوية .

٤ – الأطفال الاوتيستك يستغرقون وقتا أطول وتدعيما أكثر من العاديين لوصف الشعور بالغرور – الحيرة وهذا يدل على أن لديهم الكثير من الصعوبات فيما يتعلق بهذه الانفعالات المعقدة والتي يتحكم فيها العاديين بسهولة وتتمثل هذه الصعوبات في عدم الفهم لكلمة

غرور – حيرة ، وعدم الفهم هذا متأصلاً في عدم قدرتهم على تصور مواقف وأراء الآخرين وهذا يتمشى مع نظرية العجز في الاوتيزم .

٥ – الاستخدام المتكرر لعبارة " أنا اعتقد " تدل على أن الأطفال الاوتيستك لديهم فهم تجريبي لخبراتهم الانفعالية ، كما أنهم يبنون إجاباتهم على أساس النظريات والقواعد بدلا من الخبرات الذاتية .

٦ – الأطفال الاوتيستك يستغرقون وقتا أطول للتعبير عن خبرات الحيرة والغرور من الذي يستغرقونه في التعبير عن السعادة والحزن .

وبفحص جانب آخر من جوانب النمو لدى الاوتيستك ، فقد اهتم **لوسكي** Losche ,G (١٩٩٠) بدراسة النمو الحس حركي والحركي في مرحلة الطفولة المبكرة من عمر (٤-٤٢) شهرا للأطفال الاوتيستك ، وذلك بمقارنته بمظاهر النمو الطبيعي للعاديين كما أوضحها جان بياجيه . وتم ذلك على عينة مكونة من مجموعتين : الأولى مجموعة الأطفال الاوتيستك عددها (١٧) ، الثانية مجموعة العاديين عددها (٢١) .

وقد تم مجانسة المجموعتين في العمر الزمنى بمتوسط (٣,٥) سنة ، الجنس وصلات القرابة ، فأصبحت العينة بعد المجانسة عبارة عن (٨) اوتيستك ، (٨) عاديين .

وشخص الاوتيزم بمعايير DSM-III ، ومجموعة الاوتيستك لديها تخلف عقلي ، ومنهم (٣) بنات ، (٥) أولاد ، أما العاديين فمنهم (٢) بنات ، (٦) أولاد ، توجد صلة قرابة بين (٤) من العاديين وأحد الاوتيستك .

ولدراسة التطور الحركي والحس حركي لدى الأطفال في المراحل المبكرة من حياتهم يتم تسجيل أفلام مصورة لسلوكيات كل طفل ، وكان من إجراءات هذه الدراسة تسجيل ثمانية أفلام، أربعة للاوتيستك في المراحل التالية من (٤ – ١٢) شهرا ، (١٣ – ٢١) شهرا ، (٢٢– ٣٠) شهرا ، (٣١ – ٤٢) شهرا وأربعة أفلام للعاديين في نفس المراحل السابقة .

وقد تم تحليل هذه السلوكيات في ضوء معايير النمو الحس حركي لجان بياجيه ، مستويات نمو المهارات الحركية كما جاءت في هتزر Hetzer (١٩٣١) وأسفرت نتائج التحليل عن :

١ – عدم وجود فروق واضحة بين المجموعتين في النمو الحس حركي خلال فترات

النمو الأولى أي المرحلتين (٤ -١٢) ، (١٣-٢١) وهي مرحلة الرضاعة التي يكـون فيـها تعامل وفهم الطفل للبيئة من خلال المنعكسات الموروثة Reflexes المبنية على الإدراك الحسي للعالم المحيط به ، وهي عمليات بدائية للذكاء لدرجة أن يتجاوب الطفل للمثيرات بطريقـه ذات معنى ، وينمو فيها بداية الخيال العقلي ، بينما الفروق تظهر بوضوح ودلالـة إحصائيـة فـي المرحلتين الثالثة والرابعة .

٢ - عدم وجود فروق واضحة بين المجموعتين في النمو الحركي خلال فترات النمو الأولـى أى في المرحلة (٤ - ١٢) شهرا بينما توجد فروق في المراحل التالية .

٣ - توجد فروق بين المجموعتين في السلوكيات الحركية عبر المراحـل العمريـة للدراسـة وخاصة في المرحلتين الأخيرتين ، وكان من أكثر السلوكيات شيوعا لـدى الاوتيسـتك هـي السلوكيات النمطية .

٤ - بمقارنة خصائص ومطالب النمو عند العاديين والاوتيستك تظهر فروق واضحة غالبا فـي بداية السنة الثانية من العمر ، ولكن هذه الفروق غير دالة إحصائيا في العام الأول من العمـر ، والفروق الأولية تظهر في الأنشطة (الحركية - الحس حركية - اليومية) .

ويوجد فريق آخر من العلماء - أصحاب نظرية التحليل النفسي - يرون أن الاوتـيزم ناتج من الحرمان العاطفي أو سوء العلاقة بين الطفل وأسرته ، وقد حاول **هيرسون ونيـورث** Harrison , Newirth (١٩٩٠) تصميم تجربة لاختبـار تـأثير الحرمـان العـاطفي وقدرة (الأنا) على ظهور التفكير الاجترارى الذي يميز الأفراد الاوتيستك .

وطبق الباحثان التجربة على عينة مكونة من مجموعتين اوتيسـتك ، الأولـى ذكـور عددها (١٨) والثانية إناث عددهـا (١٨) ، وتعرضـت كلتـا المجموعتـان لظـروف تجريبية محكمه تعبر عن : -

الإحساس بالحرمان sensory deprivation (SD) - العزلة الاجتماعية Social Isolation (SI) - المشاركة الاجتماعية Social Participation (SP) لمدة ثلاث ساعات ونصف ، وتم قيـاس مستويات التفكير الاجترارى لديهم قبل وبعد التجربة عن طريق اختبار وصلـة الـترابط Associative Bridge Test (ABT) كما تم قياس قدرة الأنـا Ego Strength (ES) باختبـار الشخصية المتعددة الأوجه لمنيسـوتا Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) وأسفرت نتائج التجربة عن :-

١ – التعرض لمواد (SD) تزيد من التفكير الاجترارى لدى أفراد العينة بعد التجربة عن قبلها ، بينما التعرض لمواد (SI, SP) يقلل من التفكير الاجترارى .

٢ – قدرة الأنا (ES) ترتبط ارتباطا سلبيا بمعدل التفكير الاجترارى لدى أفراد العينة في كل الظروف التجريبية التي تسبب انخفاضا في درجات (ES) كما أن مفهوم (ES) يرتبط بشكل سلبي مع مواد (SD) التي تزيد من التفكير الاجترارى والذي يقاس باختبار (ABT) .

٣ – حينما يكون مفهوم قدرة الأنا عاليا فإن الحالة والظروف الاجتماعية والتفكير الاجترارى يظلان ثابتان قبل وبعد التجربة .

٤ – قدرة الأنا على الأداء الوظيفي وترابطها بالواقع تم اختبارها من خلال تجارب أخرى مشابهة لما أجرى في هذه الدراسة مثل التعرض للوظائف التي تتضمن الضغط – الألم الاحتمال – التخطيط – استرجاع الأحلام – الوهم والأحاسيس التي توجد داخل النفس .

وعند إلقاء الضوء على الجانب الاجتماعي لدى الأطفال الاوتيستك ، نجد دراسة **بريور وآخرون** Prior, et als (١٩٩٠) عن معلومات الأطفال الاوتيستك الخاصة بتفكير واحساس الآخرين والتي بين أهدافها :-

١ – محاولة التعرف على طبيعة الأطفال الاوتيستك واختبار صحة ما جاء في دراسة بارون – وكوهين Baron-Cohen (١٩٨٥) عن نظرية العقل ، دراسة هوبسون Hobson (١٩٨٦) الخاصة بالتعبير عن الانفعال .

٢ – اختبار الارتباط بين السلوكيات المختلفة وماهية العجز الإدراكي والانفعالي .

٣ – اختبار طبيعة الاعتقاد الخاطئ لدى الأطفال الاوتيستك ومدى الاختلاف بينهم وبين مفهوم الجهل لديهم .

٤ – التعرف على الارتباطات التي توضح القدرة على فهم التفكير والمشاعر (الأحاسيس) ومنها القدرة على التعبير الشفهي ، القدرة على السلوك الاجتماعي في جميع مجالات الحياة والخبرة التعليمية والاجتماعية خاصة لدى الأطفال الذين يدركون تفكير ومشاعر الآخرين .

وقد أجريت هذه الدراسة التجريبية على (٤٠) طفلا مقسمين إلى مجموعتين :

١- مجموعة الأطفال الاوتيستك عددها (٢٣) وتم استبعاد ثلاثة لعدم استطاعتهم الإجابة على بعض الأسئلة أثناء التجربة ، متوسط العمر الزمني لهم (٩ سنوات و ١١ شهرا) متوسط العمر

العقلي اللفظي (٧ سنوات وشهرين) الذي قيس باختبار الكلمات المصورة Peabody Picture Vocabulary ، وبالنسبة للجنس فكانوا (١٤) ولدا ، (٦) بنات وقد تم تشخيص الاوتيزم طبقا لمعايير (DSM- III) .

٢-مجموعة غير الاوتيستك (الضابطة) تتكون من (١٧) طفلا من أصحاب صعوبات التعلم ، طفل لديه تأخر في النمو وآخر لديه عمى ألوان ، متوسط العمر الزمني لهم (١٠) سنوات متوسط العمر العقلي اللفظي (٧ سنوات و٣ شهور) ونسبة الذكاء الكلية للعينة كما قيست باختبار وكسلر المعدل تقع في المدى من (٣٣ – ١١٧) ، ومن الأطفال الاوتيستك (٦) ذوى نسبة ذكاء عادية .

فقد حدث تجانس بين مجموعتي الدراسة في كل من العمر الزمني (CA) ، العمر العقلي (MA) والجنس . ومن الإجراءات التي اتبعها الباحثون في هذه الدراسة أنه تم قياس الانفعال والمشاعر عن طريق عرض أربعة صور مرسومة باليد مكبرة لوجه يعبر عن (السعادة – الحزن – الخوف – الغضب) وهذه الصورة مصحوبة بأصوات أو حركات أو الاثنين معا ، ومن الأشياء التي استخدمت لإصدار هذه الأصوات أو الحركات (طائرة – كلب – قطار – سيارة) . أما قياس الاعتقاد الخاطئ فقد تم من خلال اللعب بالدمى ، الأشخاص ، اختبار رد فعل الأطفال تجاه الاعتقاد الخاطئ وأسئلته و صندوق القلم الرصاص ، كما أنه طلب من الأباء ملئ مقياس السلوك الاجتماعي المستخدم (Dawson, Fernald, 1987) وفيه يسجل الوالدين تجارب طفلهم الاجتماعية ومشاركتهم في النوادي أو في مجالات الأنشطة المشتركة ورد فعل الطفل مع أقاربه ومع الكبار والغرباء .

وقد أشارت نتائج التجربة إلى ما يلى :-

١ – وجود عجز أو قصور في فهم الحالات الانفعالية والعاطفية عند الأطفال الاوتيستك .

٢ – لا توجد فروق بين المجموعتين في التعرف على الانفعال والأداء المرتبط بالعمر الزمني والعمر العقلي اللفظي .

٣ – الأطفال الاوتيستك لديهم عجزا خاصا في فهم الاعتقاد الخاطئ الذي يعتمد على إعادة الأداء المرتبط بالقدرة على التعبير الشفوي .

٤ – أشار أباء الأطفال الاوتيستك بضعف سلوكهم الاجتماعي وخبراتهم الاجتماعية وهذا الضعف يرتبط بالقدرة على إنجاز المهام .

ومن أهم المتغيرات المؤثرة على التفاعل الاجتماعي للاوتيستك مع الآخرين مفهوم الذات ولعب الدور وهذا ما أظهرته نتائج الدراسة التي أجراها جان ريهل J oan , R. (١٩٨٠) على عينة قوامها (٥٠) طفلا منهم (٢٥) اوتيستك ، (٢٥) عاديين من نفس أسر الاوتيستك .

وقد هدفت هذه الدراسة إلى :-

١- اختبار أثر لعب الدور للطفل على التفاعلات البسيطة والمعقدة .

٢- اختبار إمكانية وجود علاقة مباشرة بين مفهوم الذات الناضج ومهارات لعب الدور.

٣- أثر مفهوم الذات الناضج على اجتماعية الطفل .

ولتحقيق هذه الأهداف وضع الباحث الفروض التالية :-

١ – الأطفال العاديين يمكنهم لعب الدور بتلقائية وبدون أى صعوبة في المواقف التجريبية المحددة، بينما الاوتيستك يجدون صعوبة عالية في تحقيق النجاح أثناء هذه المواقف .

٢- كلما كان الفرد لديه مفهوم ذات ناضج يكون أكثر قدرة على الشعور بالآخر .

٣ – قدرة الأطفال على لعب الدور ترتبط بمدى التركيز على النشاط الذي يتم تمثيله بشرط أن يكون مباشرا .

وقد تم قياس مفهوم الذات بمقياس بيرس – هاريس Piers – Harris ، اختبار رسم الرجل بودون بريك Bodwin – Bruck ،كما قيست المستويات الوظيفية الادائية لدى أفراد العينة وكذلك مهارة لعب الدور والقدرة على التفاعل في ثلاث مواقف متدرجة(بسيطة – متوسطة – عالية الصعوبة) ، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن :-

١- مستوى نضج مفهوم الذات والقدرة على لعب الدور من أهم المتغيرات المؤثرة على التفاعل الاجتماعي .

٢- مفهوم الذات لدى العاديين كان أكثر تجانسا أي لا توجد فروق واضحة بينهم ، بينما في الأفراد الاوتيستك فان مفهوم الذات يكون أقل تجانسا .

٣- توجد مجموعتين من الاوتيستك ، منهم من لديه مفهوم ذات سالب يصاحبه ضعف في مهارة لعب الدور، هؤلاء متوسط العمر الزمني لديهم (٨,٤) سنة ومنهم من لديه مفهوم الذات ومهارة لعب الدور تقترب من العاديين ، هؤلاء كان متوسط العمر الزمني لهم (١٢,١) سنة

أي الأكبر سنا . ويمكننا أن نستنتج من هذا أن مفهوم الذات ومهارة لعب الدور يمكن أن يتحسنا تلقائيا بمرور العمر الزمني لدى الأطفال الاوتيستك .

٤ – مهارة لعب الدور لدى الأطفال الاوتيستك تكون عالية في المواقف البسيطة جدا وتكون متوسطة في المواقف العادية ، بينما في المواقف المعقدة تكون مهارة لعب الدور لدى الاوتيستك مستحيلة .

٥ – نوع تفاعل الطفل الاوتيستك مع أسرته يحدد مدى اجتماعيته هل هي طبيعية أم لا ؟ وهذا يشير إلى أهمية دور الأسرة في تنمية اجتماعية الطفل الاوتيستك .

٦ – كما تشير النتائج إلى وجود علاقة واضحة بين مفهوم الذات ومهارة لعب الدور ، فمن يتمتع بمفهوم ذات ناضج يمكنه أداء مهارة لعب الدور بسهولة وبراعة ، ومن لديه مفهوم ذات سالب يستحيل عليه أداء مهارة لعب الدور .

وقد فسر **كلين وآخرون** Klin , et als (١٩٩٢) طبيعة العجز الاجتماعي لدى الاوتيستك باستخدام فروض نظرية العقل من خلال الدراسة التي أجريت على مجموعتين من الأطفال ، مجموعة الاوتيستك عددها (٢٩) منهم (٢٢) أولاد ، (٧) بنات ، تم تشخيص الاوتيزم طبقا لمعايير (DSM- III , DSM- III – R) ، مجموعه غير الاوتيستك (٢٩) منهم (٢٠) أولاد ، (٩) بنات ، تحتوى هذه المجموعة على (١٥) لديهم تخلف عقلي ، (١٢) لديهم اضطرابات في النمو اللغوي ، (٢) لديهم اضطرابات نمائية أخرى .

وتم التجانس بين أفراد المجموعتين في كل من العمر الزمني (CA) ، العمر العقلي (MA) ونسبة الذكاء الكلية IQ ، وطبق مقياس فاينلاند للسلوك التوافقي بأبعاده المختلفة والتي تتمثل في : –

١– التواصل (تقبل أراء الآخرين – التعبير اللفظي – التعبير الكتابي) .

٢ – مهارات الحياة اليومية (كيف يأكل - يرتدى ملابسه - يمارس العادات الصحية الشخصية).

٣– المهام العائلية (المهام المنزلية التي يؤديها الفرد - كيف يستخدم المال والوقت والتليفون).

٤ – التنشئة الاجتماعية (العلاقات البين شخصية – اللعب - وقت الفراغ - مهارات المواجهة).

٥– المهارات الحركية (حركية كبرى – صغرى) .

٦– السلوك غير الاجتماعي (يشتمل على السلوكيات غير المرغوبة والتي يمكن أن تعوق تكيف الفرد الوظيفي) .

وقد تم التجانس بين المجموعتين على هذا المقياس بناء على تساوى درجات بعـــدى التنشئة الاجتماعية والمهارات الحركية فقط ، وأظهرت نتائج الدراسة أن :-

العجز الاجتماعي في الاوتيزم يتمثل في ظهور سلوكيات اجتماعية بدائيـــة لا تتناســب مــع العمر الزمنى للاوتيستك وانما تتماثل مع السلوكيات التي يظهرها الأطفال ذوى النمو الطبيعــي في مراحل النمو المبكرة وقبل الزمن الذى يتوقع فيه ظهور المهارات الأساسية ، وهذه النتـائج تتمشى مع أراء كانر الذى يعتبر أن العجز الاجتماعي أساس في الاوتيزم ويظهر في المراحل المبكرة من العمر قبل بلوغ الطفل (٣٠) شهرا أي قبل ظهور بوادر العجــز المعرفــي طبقــا لفروض نظرية العقل وبهذا يجعل العجز الاجتماعي له مكانة الصدارة في الإصابة بالاوتيزم .

ونظرا لخطورة العجز الاجتماعي على حياة الأفراد الاوتيستك ، فقد اهتمت العديد مـن الدراسات بإلقاء الضوء على جوانبه المختلفة .

فدرس **مسيفوى وآخرون** Mcevoy , et als (١٩٩٣) الوظيفــــة الإجرائيـــة وعيــوب التواصل الاجتماعي لدى صغار الأطفال الاوتيستك ، وكان من بين أهداف هذه الدراســة مــا يلى :-

١- اختبار صحة نتائج الدراسات السابقة والتي تشير إلى أن صغار الاوتيستك لديهم قصور في مهارات الانتباه المتصل Joint attention إذا تمت مقارنتهم بالأطفال ذوى إعاقات النمو الذين لهم نفس العمر العقلي غير اللفظي ، والأطفال العاديين الذين لهم نفس العمر اللغوي .

٢- تحديد إذا ما كان صغار الاوتيستك لديهم صعوبات في مهارات الوظيفة الإجرائيـــة عنـد مقارنتهم بالأطفال ذوى إعاقات النمو الأخرى الذين لهم نفس العمر العقلي ، والأطفال العـاديين الذين لهم نفس العمر اللغوي .

٣- فحص العلاقة بين الوظيفة الإجرائية والانتبـاه المتصـل ويقصـد بالوظيفـة الإجرائيـة Executive Function البناء المعرفي لوصف أنواع السلوك التي تعتبر أسلوبا لحل المشــكلات ويتضمن خطة إستراتيجية ثابتة لتتابع الحركات والقدرة على إظهار الاستجابة .

وقد أجريت الدّراسة على عينة مكون من ثلاث مجموعات هي :-

أ- مجموعة الأطفال الاوتيستك وعددها (١٧) طفلا .

ب- مجموعة الأطفال ذوى التأخر النمائى وعددها (١٣) طفلا .

ج- مجموعة الأطفال العاديين وعددها (١٦) طفلا .

المجموعتان (أ،ب) تم التجانس بينهما في العمر العقلي غير اللفظي ، والمجموعتان (أ،ج) تم التجانس بينهما في العمر العقلي اللفظي واستخدمت مجموعتان للمقارنة بسبب عدم التكافؤ بين المهارات اللفظية وغير اللفظية لدى الاوتيستك ، وقد تم تشخيص مجموعة الاوتيستك بمعايير (DSM- III-R) ، كما حصلوا على درجة (٣٠) على مقياس تقدير اوتيزم الطفولة (CARS) ، كما أن الفحص الفسيولوجى لهم لم يبين وجود شذوذ الكروموزوم X الهش القابل للكسر أو التهاب الدماغ أو أي أعراض فسيولوجية أخرى مرتبطة بالاوتيزم .

أطفال المجموعة الثانية : تم اختيارهم من.مجموعات إعاقات النمو والخصائص المتغيرة ممن لديهم تخلف عقلي أو صعوبات تعلم أو تأخر في نمو اللغة لأسباب متعددة .

أما أطفال المجموعة الثالثة : فتم اختيارهم من دور الحضانة الحكومية وأطفال ما قبل المدرسة ، وتم التجانس بين مجموعات المقارنة ومجموعة الاوتيزم في المستوى الاجتماعي الاقتصادي ، الجنس ، أما التجانس في العمر الزمني فتم بين المجموعتين أ،ب ، استخدم مقياس ستانفورد بنيه لقياس العمر العقلي ، ومقياس بايلى Bayley infantile Development Scale (١٩٦٩) لقياس المهام اللفظية حتي عمر ٧- ٨ سنوات .

أما مقاييس الوظيفة الإجرائية فهي مكونة من بطارية من الاختبارات منها :-

١- اختبار الخطأ (AB) -(Piagetian AB error task (Piaget , 1954

٢- اختبار تأخير الاستجابة (D elayed response task DR (Jacobsen ,1935, Dianond, et als, 1969

٣- اختبار عكس المكان (Spatial reversal task (SR) (Kaufman, et al,1989

٤- اختبار التناوب (Alternation task (AT) (Goldman Rakic, 1987

٥- مقاييس التواصل الاجتماعي Eargy Social Communication Sales (ESCS) (Sibert, et als 1987,) صممت هذه المقاييس لتقدير المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل والتي دائما تكتسب في الثلاثين شهراً الأولى من الحياة وتشتمل على مهارات التفاعل الاجتماعي ،الانتباه المتصل والسلوك المقبول اجتماعياً .

وبعد أن شارك معظم أطفال العينة في حضور من (٣٠ - ٦٠) جلسة لتنفيذ إجراءات الدراسة فقد أشارت النتائج بأن :-

١- الأطفال غير القادرين على تكملة الاختبارات الأكثر صعوبة (من المجموعات الثلاث) كانوا من ذوى الأعمار العقلية المنخفضة .

٢- الأطفال ذوى الأعمار العقلية الأقل من (١٢) شهراً لم يكونوا قادرين على تعلم اختبارات (SR) .

٣- الأطفال الاوتيستك لهم أخطاء أكثر أهمية وأكثر تحفظا في اختبـارات(SR) بالمقارنـة بأطفال مجموعتي المقارنة ، وهذا يوضح أن الأطفال الاوتيستك يصرون على استخدام خطـة مسبقة حتى ولو كانت لا تقدم أى مكافأة .

٤- لا توجد فروق بين المجموعات في مقاييس التمييز الإدراكى ، بينما توجد فروق كثيرة في الأداء على مهام الانتباه المتصل بين المجموعات .

٥- صغار الاوتيستك لديهم أخطاء محددة في العمل الإجرائي ومهارات التواصل الاجتمـاعي ، لكنهم أدوا المهارات البصرية الحركية والقواعد السلوكية بنجاح مثل مجموعات المقارنة .

٦- الأطفال الاوتيستك كانوا قادرين على تعلم الاستجابة المطلوبة في هذه الاختبارات ولكنـهم غير قادرين على التغير المرن عند الضرورة .

٧-العجز في السلوكيات الاجتماعية لدى الأطفال الاوتيستك تمثل في الانتبـاه المتصـل فقـط وليس في التفاعل الاجتماعي أو السلوكيات المقبولة .

٨- على الرغم من وجود أدلة تبرهن وجود علاقة بين عيوب الوظيفة الإجرائيـة والقصـور الاجتماعي لدى الاوتيستك ، فالباحثون يفترضون أن الاوتيزم يرجع إلى عجز أو قصور ذاتـي المنشأ وهذا لن يتحقق بعمل بل يحتاج لمجموعة دراسات بيولوجية .

وفي دراسة مقارنة بين الاوتيستك ، ذوى التخلف العقلي ، العاديين بحثـت **سـوديان وفريث** (١٩٩٢) Sodian, Frith القدرة على الخداع والتضليل والتخريب على عينة مكونة مـن ثلاث مجموعات هي :-

١- مجموعة الاوتيستك قوامها (١٩) طفلاً ، (٩) بنات ، (١٠) أولاد تم تشخيصهم بناءً علـى معايير (DSNM- III- R) وتم اختيارهم من مدارس خاصة بإنجلترا ، تتراوح أعمارهم الزمنيـة بين (٦-١٩) سنة ، أعمارهم العقلية بين (٤-١٢) طبقا للمقاييس الصور والكلمات البريطانيـة British Picture Vocabulary Scales (BPVS)

٢- مجموعة الأطفال ذوى التخلف العقلي قوامها (٢٩) منـهم (١٧) ولـدا ، (١٢) بنتـا تـم اختيارهم من مدرستين خاصتين في ميونخ ، يتراوح العمر الزمني لهم بين (١٠-١٦ سـنة و٧ شهور) والعمر العقلي قيس بالاستمارة الألمانية للجزء اللفظي من اختبار وكسلر لمرحلـة مـا قبل المدرسـة The German form of the wechsler intelligence test for preschool children

ومقاييس (BPVS) فكان (٢:١٠ – ٧: صفر) ، ومن بين هذه المجموعة (١٨) لديـــهم عمـــر عقلي لفظي أكبر من (٤) ولديهم صعوبات تعلم تتراوح من المستوى الشديد إلى المتوسط .

٣- مجموعة العاديين قوامها (٣٩) منهم (١٩) ولدا ، (٢٠) بنتا تم اختيــــارهم مـــن مراكـــز الرعاية اليومية بميونخ ، وكان العمر الزمني للذكور يتراوح بين (٣-٤) سنوات والبنات بيـــن (أربع سنوات وشهر- خمس سنوات وشهرين) وكانت أعمارهم العقلية تتناسب مع أعمـــارهم الزمنية وقد قيست باختبارات الذكاء السابق استخدامها مع المجموعتين الســـابقتين ، وتوضـــح الإجراءات التي استخدمت في هذه الدراسة من خلال الجدول التالي :

	خداع		تخريب	
	متنافس	متعاون	متنافس	متعاون
صندوق واحد	قل هذا الصندوق مغلق (يقول كذبة)	قل هذا الصندوق مفتوح (يقول حقيقة)	اغلق الصندوق (يعوق)	اترك الصندوق مفتوحا (يساعد)
صندوقان	شر إلى الصندوق الفارغ (إشارة خادعة)	شر إلى الصندوق المملوء (مساعدة)	اغلق الصندوق المملوء (يعوق)	اغلق الصندوق الفارغ (مساعدة)

وأشارت نتائج الدراسة إلى ما يلى :-

١- كثير من الأطفال الاوتيستك يعجزون عن استنتاج الاعتقاد الخـــاطئ للآخريـــن وكذلـــك يعجزون عن تقبل هذا الاعتقاد حتى في المواقف البسيطة وهذا كـــان واضحـــا فـــي اختبـــار الصندوق الواحد والذى يجب على الأطفال فيه أن يأتوا بكذبه بسيطة تمنع المنافس من الفـــوز بمكافأة ما .

وقد اجتاز هذا الاختبار بسهوله معظم العاديين ذو العمر العقلي (٤) سنوات والمتخلفين عقليـــا ذو العمر العقلي (٥) سنوات ، بينما مجموعة الاوتيستك ذو العمر العقلي (١٢:٧) لـــم يجتـــاز منهم الاختبار سوى٦٠ % في حين أن ذوى العمر العقلي (٤-٥) سنوات عجزوا تماما عـــن اجتياز الاختبار .

٢- عند بحث طبيعة هذا العجز لدى الاوتيستك هل هو خاص بمعالجة المعتقدات أم أنه يعكـس مشكلة معرفية أو دافعيه أكثر عمومية في التفاعل الاجتماعي وجد أنه يمكـــن إرجاعـــه إلـــى

وجود عيب أو عجز خاص في تمثيل المستويات العقلية العليا للمعرفة أى مـــا وراء المعرفــة وليس عجزا عاما في مهارات التفاعل الاجتماعي .

٣- فشل الاوتيستك في إخفاء المعلومات (عدم إعطاء دلائل عن مكان الاختفاء) فـــي حيــن استخدم العاديون وذوى التخلف العقلي هذه الأساليب بمهارة .

وهذا يوضح أن الاوتيستك يعجزون عن الاشتراك حتى في أبســط أشــكال معالجــة المعلومات ، وأن هذا العجز لا يرجع إلى مشاكل في فهم اللغة وانما يرجع إلـــى عيــب فــي التحكم الإجرائى للسلوك وهذا يتفق مع نتائج دراسة راسل وآخرون R u ssell , et als (١٩٩١) والتــي من بين نتائجها :-

عجز الاوتيستك عند عمر عقلي يتراوح بين (٤-٧) سنوات عن استخدام أسلوب الإشارة الخداعي (أى الإشارة إلى صندوق فارغ من أجل تضليل المنافس) .

٤- الأداء الجيد للأطفال الاوتيستك في الاختبار التخريبي البسيط دليل علـــى قدرتـــهم علــى التحكم في الاتجاه السلوكي في حالة عدم معالجة أى اعتقاد خاطئ .

٥- أداء الأطفال ذوى التخلف العقلي أفضل من أداء الأطفال الاوتيستك في حاله تثبيت العمــر العقلي في كلا من مهام الاعتقاد الخاطئ والخداع البسيط وهذا يدعم صحــة النتــائج التــي لا ترجع عجز الاوتيستك إلى إعاقة عقلية .

٦-ظهر بعض التقدم والتطور في أداء الأطفال الاوتيستك بازدياد العمر الزمني لهم في اختبار الإشارة الخداعي ، فقد نجح حوالي ٦٠% من أعلى مجموعة في العمر الزمني (٧-١٢) سنة حيث يضمن توظيف الأساليب السلوكية ذات الأثر في خداع المنافس دون وجود نية أو قصـــد خداعي حقيقي لدى الطفل .

ويوصى المؤلفان بضرورة تدريب الأطفال الاوتيستك على الفهم الاجتماعي للنكات ، الأكـاذيب ومعتقدات الآخرين .

وفي دراسة تتبعيه قام بها **جونســـون وآخــرون** Johnson , et als (١٩٩٢) لفحـص الاستجابة السمعية والبصرية والحركية واللغوية والاجتماعية ومدى تطورها لدى عينة مكونــة من (٩٤) طفلاً منهم (٣٠ اوتيستك ، ٢٢ من ذوى التـــأخر النمــائى ، ٣٢ مــن أصحــاب صعوبات التعلم) وتراوحت أعمارهم الزمنية بين (٦-٨) سنوات ، وكانت أدوات الدراســة المستخدمة هي جهاز قياس حدة السمـــع ، وجهاز قياس حـــدة البصر ، والمـــلاحظة

واستمارة لتدوين المعلومات .

وقد تم تطبيق هذه الأدوات أربع مرات كما يلي :-

المرة الأولى : في بداية الدراسة ، المرة الثانية بعد (٦) أشهر من التطبيق الأول ، المرة الثالثة بعد (١٢) شهراً من التطبيق الأول ، والمرة الرابعة بعد (١٨) شهراً من التطبيق الأول.

وقد أسفرت النتائج بعد التطبيقات الأربع أنه توجد فروق دالة إحصائيا بين مجموعة الاوتيزم وبين كل من مجموعتى التأخر النمائى وصعوبات التعلم في كل من الاستجابات الحركية واللغوية والاجتماعية حيث كانت مجموعة الاوتيزم لديها انخفاض دال إحصائياً على تلك الاستجابات .

كما بينت النتائج أيضاً أن مجموعة صعوبات التعلم قد ظهر لديها تدهوراً في حدة السمع والبصر والاستجابات الحركية وهذا ما أظهرته نتائج التطبيق الثالث الذى جاء بعد (١٢) شهراً من التطبيق الأول ، وأظهرت النتائج أنه قد لوحظ تحسن في كل من الاستجابات اللغوية والاجتماعية لدى مجموعتى التأخر النمائى ، وصعوبات التعلم ، ولكن هذا التحسن كان غير دال إحصائيا ، أما مجموعة الاوتيزم فلم يحدث لها تحسن في جميع الاستجابات التي درست خلال التطبيقات الأربع .

وقد درس **ماسدوجل وآخرون** Mcdougle , et als (١٩٩٥) العلاقة بين الاوتيزم ومرض الوسواس القهرى على عينة من الشباب الاوتيستك والمصابون بالوسواس القهرى بغرض التعرف على أشكال الأفكار والمعتقدات والسلوك القهرى لدى المجموعتين المتجانستين في العمر الزمني والجنس ، وكل مجموعة تتكون من (٥٠) فرداً .

تم تشخيص مجموعة الشباب الاوتيستك طبقا لمعايير (DSM-III-R , DSM- IV) والعمر الزمني لهم (٣٠ سنة و ٤ شهور) ، متوسط العمر العقلي (٦٩,٧) ، الانحراف المعيارى (٢٧,٢) ، منهم (٣٥) لديهم تخلف عقلي بدرجاته ، (١٠) ذوى تخلف عقلى خفيف ، (١٠) ذوى تخلف عقلى متوسط ، (٨) ذوى تخلف عقلى شديد ، (٧) ذوي تخلف عقلي متعمق الشدة ، (١٥) من (٣٥) لديهم صمم .

مجموعة الوسواس القهرى تم تشخيصها طبقا لمقياس يالى - بارون Obsessive Compulsive Scale Symptom Checklist ، ويقدر العمر الزمنى لهم بحوالي ٣٠ سنة وشهر ، ولديهم قدرات عقلية محدودة .

وقد أسفرت نتائج الدراسة إلى ما يلى :-

١- يمكن التمييز بوضوح بين الاوتيستك ومرضـــي الوســواس القــهرى فــى المعتقــدات والسلوكيات المكررة التى يظهرونها .

٢- بمقارنة مجموعة الاوتيستك بمجموعة الوسواس القهري وجد أن المجموعة الأولــى أقــل خبرة في الأفكار والمعتقدات الخاصة بالعدوان - التلوث - الجنـــس - الديــن - التمــاثل - وأعضاء الجسد من المجموعة الثانية .

أما السلوكيات آلتي تكثر لدى الاوتيستك عنْ أفراد الوسواس القـــهري فــهي تكــرار ترتيب الأشياء - التحدث أو السؤال - اللمس في الاحتكاك - الكبت - إيذاء الذات .

ومن أنواع السلوكيات النمطية آلتي يمارسها الاوتيستك كما وصفها بارون - كوهيــن (١٩٨٩) المشي النموذجي - الاندفاع - الضرب برقة وبعنف في أجزاء بارزة من الجســم - تكرار العبارات - تكرار الحركات - هز الذراع - لمس أسطح المنضدة - ترتيب الأشـــياء في وضعها المعتاد .

٣- النظافة وإعادة الفحص والاختبار كانت قليلة الانتشار في الاوتيستك بالمقارنـــة بمــرض الوسواس القهري ، فليس من الغريب أن المراهقين الاوتيســتك يتسـمون بالســلوك القــهري التسلطي أكثر من الوسواسي وليس هناك مريضاً اوتيستك يتسم بالوسواس فقط ، وهذه النتــائج تتشابه مع نتائج الدراسة التي أجراها رابوبورت وآخرون Rapaport , et als (١٩٩٢) ، على الأطفال المرضى بالوسواس القهري فوجدوا أن الأعــراض التسـلطية أكــثر انتشــاراً مــن الأعراض القهرية ، وأن المرضى بالوسواس فقط نادرين عن المرضى بالقهر فقط .

وذكر هؤلاء الباحثون أن القهر سلوك ملحوظ ، أما الوسواس يعكس الوعى والقـــدرة على التلفظ في الفكر والسلوك المتطفل ، وهذا يدعم ظهور السلوكيات القهرية التسلطية بكــثرة لدى الاوتيستك ، وظهور الأفكار الوسواسية بكثرة لدى مرضى الوسواس القهري .

٤- أظهر (١٨) من مجموعة الاوتيستك تكراراً في السلوك ، (٣٢) اظـــهروا تكــراراً فــي السلوك والفكر معاً ولا يوجد من يُظهر تكراراً في الفكر على حدة .

٥- (٤٥) من مجموعة الوسواس القهري أظهروا أعراض الوسواس والقهر معا ، (٤) فقـــط أظهروا أعراض الوسواس فقط ، (١) أظهر القهر فقط .

وعن علاقة السلوك التكراري لدى الأطفال الاوتيستك بالعوامل البيوكيميائية ، درس **هولنـــدر وأخرون** Hollander, et als (١٩٩٩) مولد المضاد D8/17 للكرات الليمفاوية (B) وعلاقتـــه بظهور السلوك التكراري لدى الأفراد الاوتيستك . وقد هدفت هذه الدراسة إلي اختبـــار مـدى ظهور مولد الأجسام المضادة الأحادي D8/17 للكرات الليمفاوية (B) لدى مرضــــى الحمـــى الروماتزمية ، Sydenham's Chorea ومجموعات فرعية من اضطراب الوســـواس القـــهري وأعراض توريت Tourette's مع السلوك التكراري . لتحقيق هذا الهدف قام الباحثون بفحـــص خصائص D8/17 لدى الأفراد الاوتيستك الذين يظهرون سلوكا تكراريا حادا .

وتم أخذ عينات دم من (١٨) فردا اوتيستك ، (١٤) فردا من المصــــابين بـــالأمراض الســـابق ذكرها كمجموعة مقارنة ، وتم فحص هذه العينات من حيث نسبة D8 / 17 فـــي خلايـــا (B) الموجبة ومضادات الأجسام للبكتريا العنقودية ، كما تم تقدير حــــدة الســـلوك التكــــراري فـــي المجموعتين ، وقد أظهرت النتائج ما يلي :-

١- أظهر ٧٨ % من الأفراد الاوتيستك نسبة ١١% أو أكثر من خلايا D8/17 الموجبـــة ، أما مجموعة المقارنة فقد أظهر منها ٢١% فقط هذه النسبة من الخلايا الموجبة .

٢- وجد ارتباط ذو دلالة إحصائية بين حدة السلوكيات التكرارية وظهورD8/17 .

٣- الأفراد ذوي D8/17 الموجبة حصلوا على درجات مرتفعة في السلوك القهري بالمقارنـــة بالأفراد ذوي D8/17 السالبة .

واستخلص الباحثون أن معدل ظهور D8/17 لدى الأفراد الاوتيستك كان أعلــــى بالمقارنـــة بأفراد مجموعة المقارنة ، ولذا فإن فحص D8/17 يعتبر كمؤشر لوجود الســـلوك القـــهري التكراري لدى الأفراد الاوتيستك .

بعد عرض هذا الجزء من الدراسات التي ركز كل منها على سمة واحـــدة أو نـــوع مـــن العجز لدى الأطفال الاوتيستك ، ننتقل الآن إلى بعض الدراسات التـــي اهتمـــت بالخصـــائص المميزة للاوتيستك والتي يمكن على أساسها تشخيص هذه الفئة ، فقد صمم كـــل مـــن **يونـــج ودوجلاس** Yaung , Douglas (١٩٨٠) قائمة ملاحظة سلوكية تُستخدم للتمييز بين أطفال مـــا قبل المدرسة الاوتيستك ، المتخلفين عقلياً ، العاديين ، وتكونت كل مجموعة من (٢٥) طفـــلاً تم التجانس بينهم في العمر الزمنى ، بينما مجموعتي الاوتيستك وذوى التخلـــف العقلـــي تـــم التجانس بينهم في العمر العقلي .

واعتمدت القائمة على تقديرات الأباء ، وقد أظهرت نتائج التحليل المقارن بين أطفـــال الثلاث مجموعات أن أهم السمات المميزة للأطفال الاوتيستك هي :-

١- عدم القدرة على الاندماج مع آخرين وخاصة الوالدين والأخوة .

٢- لديهم اضطرابات شديدة في إدراك الإحساس بالألم أو التعبير عنه .

٣- مقاومة التغيير في البيئة المحيطة- ولو كان طفيفاً - الميل والرغبة إلى ممارسة السلوكيات القهرية الروتينية النمطية .

٤- اضطرابات شديدة في التعبير اللغوي تتمثل في الترديد اللاإرادي للكلام ، الخلط في استخدام الضمائر ، التعارض بين استخدام وفهم اللغة ، استخدام الكلمات بشكل مضطرب .

٥- الميل إلى عدم الاستجابة للآخرين والظهور دائماً بمظهر المعارض أو المخالف .

٦- ظهور بعض المهارات المعرفية في الأداء العملي ، والميل إلى الموضوعات الميكانيكية .

وعلى عينه قوامها (٣٠) طفلاً من الذكور قسمها **دافيد و بويد** (١٩٨٤) David , Boyd ، إلى ثلاث مجموعات (الاوتيستك ، الداون سندروم ، الفصاميين) كل منهم (١٠) أطفال. يتراوح العمر الزمنى للعينة بين (٥ سنوات وعشر أشهر : ١٢ سنة و ١١ شهراً) للمقارنة بين الثلاث مجموعات في أبعاد السلوك التكيفي لفاينلاند .

وقد تم تشخيص المجموعات باستخدام معايير(DSM -III) وبعد تسجيل التاريخ التطوري لكل حالة والذي يمكن التعرف منه على الكثير من البيانات الديموجرافية مثل العمر الزمني ، مستوى تعلم الأباء ، عدد الأبناء في الأسرة ، العلاقة بين الوالدين ، مكان ميلاد الطفل ، الترتيب الميلادي للطفل داخل الأسرة ، العلاقات داخل الأسرة و مراحل نمو الطفل الأولية .

وأظهرت نتائج المقارنة بين المجموعات الثلاث في التاريخ التطوري بأن مجموعة الاوتيستك تتسم أمهاتهم بالحمل المتكرر والولادة العسرة ، ظهور أعراض الاضطراب على الطفل منذ بداية مراحل النمو الأولى وعدم اقتناع الأباء ببرامج التربية الخاصة التي تقدم لأطفالهم في سن مبكرة

وكانت نتائج المقارنة بين المجموعات الثلاث على أبعادمقياس السلوك التكيفي لفـاينلاند تشير بأن مجموعة الأطفال الاوتيستك تأخذ متوسطات منخفضة بالمقارنة بالمجموعات الأخرى على كل أبعاد السلوك التكيفي وهذه النتائج توحى بوجود عجز واضح في السلوك التكيفي لدى الأطفال الاوتيستك .

يفرق مقياس فاينلاند بين المجموعات الثلاث في مجـالات التواصـل وسـلوك عـدم التكيف كما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلاله إحصائية فى مـهارات الحيـاة اليوميـة ، التنشئة الاجتماعية ودرجات أبعاد أخرى متشابكة .

استخدم **اوفيرال و كامبل** Overall , Campbell (١٩٨٨) مقياس تقدير الطـب النفسـي Children's psychiatric Rating Scale(CPRS) لتشخيص الاوتيزم في مرحلة الطفولة المبكـرة ، وطبق الباحثان هذا المقياس على (١٨٠) طفلاً اوتيستك (١٤١ ذكوراً ، ٣٩ إناثاً) عمرهـم الزمنى يتراوح بين (٢ أو ٣ : ٧ أو ٨) سنة ، بينما عمرهم العقلي يـتراوح بيـن التخلـف العقلي الشديد والمستوى الطبيعي للذكاء ، كما استخدم مجموعة ضابطة تتكون من (٧٣) طفـلاً تم تشخيصهم بمعايير (DSM -III) الكلينيكية بأن لديهم اضطرابات سلوكية وأنماط عدوانيـة وكان الباحثان يهدفان من وراء ذلك الكشف عن الخصائص المميزة للاوتيزم والتي تميزه عـن باقي اضطرابات الطفولة الأخرى .

وقد اعتمد التشخيص على أخذ أو تسجيل التاريخ التطوري للحالة وجمع الملاحظـات والتسجيل التليفزيوني للمقابلات بين الأطفال في غرف اللعب ، واشتمل التشخيص الكامل علـى بُعد نفسي – طبي – عصبي ، اختبار السمع والكلام ، اختبارات معملية أخرى .

وقد اشتمل المقياس (CPRS) على (٦٣) عبارة تعبر عن العديد من المظاهر السـلوكية ، منهم (٢٨) عبارة الأولى يتم تقديرها عن طريق الملاحظات السلوكية من خلال المقابلـة ، و تناسب الأطفال الذين لا يملكون لغة تواصل تتطلب تفاعلاً لفظيا ، (١٤) عبارة الأولى تلائـم خصائص أطفال ما قبل المدرسة الاوتيستك وتتمثل في :-

الانسحاب ، العلاقة غير العادية بالأشياء ، اللزمات الحركية ، قلة إنتاج الكلام ، الغضـب ، اضطراب مستوى النشاط (زائد – ضعيف) ، السلبية ، قصور في الاسـتجابة التلقائيـة ، عدم الثبات الانفعالي ، حدة الصوت أو الضجيج ، العصبيـة أو التململ ، عـدم التعـاون و انحرافات لغوية أخرى ...

وعندما قام الباحثان بإجراء التحليل العاملى لهذه العبارات فقد نتج أربعة عوامل هي :

١- الاوتيزم ٢ – الغضب / عدم التعاون ٣- النشاط الزائد ٤- انحرافات الكلام

وقد ظهر الاوتيزم في كل المجموعات الفرعية المحددة تجريبياً ، ومن بين السـلوكيات التـي سجلت تحت هذا العامل بمعدلات مرتفعة بالمقارنة بالمجموعة الضابطة ما يلي :-

الانسحاب ، الحركات التكرارية (اللزمات) ، العلاقة غير العادية بالموضوعات والأشـــياء ، عدم التلقائية مع الآخرين وقلة الكلام .

أما السلوكيات التي تندرج تحت عامل الغضب / عدم التعاون فهي :-

مظاهر الغضب ، عدم الثبات الانفعالي ، الضجيج و ارتفاع الصوت ، السلبية وعدم التعاون.

في حين أن النشاط الزائد يشتمل على اضطرابات مستوى النشاط و العصبية ،أما اضطرابـــات الكلام فظهرت في انخفاض الصوت ، استخدام اللغة المجازية ، الخلط في استخدام الضمــائر و ترديد الكلام . وظهرت أيضاً أنواع فرعية من الاوْتيزم باستخدام التحليل المميز منها :-

١ - اوتيزم / غضب أو عدم تعاون .

٢ - اوتيزم / نشاط زائد .

٣ - اوتيزم / غضب / نشاط زائد .

٤ - اوتيزم / اضطرابات الكلام .

وعند مقارنة الاوتيزم باضطرابات السلوك الأخرى وجد أن الغضب / عدم التعـــاون ، فــرط النشاط واضطرابات الكلام تكثر لدى الاوتيستك عن المجموعة الضابطة .

وقد اهتمت دراسة **أدرين وآخرون** Adrien , et als (١٩٩٢) بالتعرف على الأعــراض التي تميز الاوتيزم لدى الأطفال في سن مبكرة ، وقد تكونت عينة الدراسة مـــن (٣٨) طفـــلاً (١١) اوتيستك ، (١٢) ذوى التخلف العقلي ،(١٥)من الأسوياء ، وكـــانت أدوات الدراســـة المستخدمة هي الملاحظة واستمارة لتسجيل المعلومات وجهاز فيديو ، وقد تم تســجيل ســلوك الأطفال بواسطة الفيديو طوال اليوم لمدة ســبعة أيــام متواصلـــة ، وبتحليــل محتــوى هــذه التسجيلات أسفرت النتائج عن بعض الأعراض التي تميز الأطفال الاوتيستك عــن كــل مــن المتخلفين عقلياً والأسوياء وهي كالتالى :-

١- ضعف الانتباه وعدم القدرة علي التواصل .

٢- نشاط حركي مُفرط واضطراب في الإدراك .

٣- اضطراب في اللغة وعدم القدرة علي إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين .

أما دراسة **بارثلمي وآخرون** Barthelemy, et als (١٩٩٢) فقد هدفت إلي معرفة مــدي صلاحية المقاييس النفسية في تشخيص الاوتيزم وتمييزه عن التخلف العقلي ، وقد تكونت عينـة

الدراسة من (١١٦) طفلاً، منهم (٥٨) تم تشخيصهم كلينيكيا بأنهم اوتيستك ، (٥٨) من ذوى التخلف العقلي ، وكانت أداة الدراسة المستخدمة هي مقياس تقييم سلوك الطفل وقد أوضحت نتائج الدراسة أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين كل من الأطفال ذوي التخلف العقلي والاوتيستك في الأعراض التالية :-

الانسحاب الاجتماعي ، ضعف الانتباه ، التعبير اللفظي وغير اللفظي ، القدرة علي التفكير والمحاكاة ، الاستجابات الذهنية وقد كانت الفروق لصالح الاوتيستك بمعني أن هذه الأعراض منتشرة لديهم بدرجة كبيرة تميزهم عن ذوي التخلف العقلي .

واستخدم **عمر بن الخطاب** (١٩٩٤) استخبار أيزنك لشخصية الأطفال للتعرف علي خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية (الاوتيستك) علي هذا الاختبار وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين :-

الأولى : مجموعة الأطفال الاوتيستك وعددهم (٢٥) طفلا ، منهم (٢٤) ذكور وطفلة واحدة ومتوسط العمر الزمني لهم (٦٫٢) سنة .

الثانية : مجموعة الأطفال العاديين وعددهم (٢٥) طفلاً ، منهم (٢٤) ذكور وطفلة واحدة ومتوسط العمر الزمني لهم (٦,٧) سنة . وكانت الأداة المستخدمة هي :-

استخبار ايزنك لشخصية الأطفال ويقيس بُعد الانطوائية – الانبساطية – العصابية لدى المجموعتان للتحقق من صحة الفروض التالية :-

١ – أن الأطفال الاوتيستك أكثر انطوائية من الأطفال الأسوياء .

٢ – أن الأطفال الاوتيستك عصابيين .

واستخدم الباحث اختبار "ت" (T- Test) لحساب دلالة الفروق بين المتوسطات للمقارنة بين الأطفال الاوتيستك والعاديين ، وأظهرت النتائج تحقيق الفروض الخاصة بالدراسة حيث كان الأطفال الأسوياء أكثر انبساطية من الأطفال الاوتيستك وكانت الفروق دالة عند مستوى ٠,٠٠١ .

وكان الأطفال الاوتيستك عصابيين عند مقارنتهم بالأطفال الأسوياء وكانت الفروق دالة عند مستوى ٠٫٠٥ .

أما دراسة **حسني حلواني** (١٤١٦هـ) التي أجريت في المملكة العربية السعودية هدفت إلي التعرف علي مدي صلاحية بعض المقاييس النفسية في تشخيص الاوتيزم وتمييزه عن التخلف العقلي وقد تكونت عينة الدراسة من (٨١) طفلاً منهم (٢٧) من ذوي الاوتيزم ، (٢٧) من ذوى التخلف العقلي ، (٢٧) من الأسوياء تتراوح أعماهم الزمنية بين (٦-١٥) سنة ، وقد كانت أدوات الدراسة المستخدمة هي :

١- مقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل .

٢- مقياس تقييم الطفل المنطوي علي ذاته .

٣- قائمة المعايير الكلينيكية في دليل (DSM –III) .

٤- مقياس ستانفورد بنيه .

٥- مقياس الجودارد للذكاء .

وقد بينت النتائج أن هذه الأدوات تصلح لتمييز ذوي الاوتيزم عن المتخلفين عقليا .

بالرغم من جوانب القصور المتعددة التي تظهر لدى الأطفال الاوتيستك إلا أن بعضهم يُظهر بعض المهارات الفردية في الأداء العملي والميكانيكي ، كما أنهم يتمتعون بذاكرة فوتوغرافية للمكان والزمان لا بأس بها .

ومن الدراسات التي اهتمت بفحص هذه المهارات الفردية لدى الأفراد الاوتيستك كانت دراسة **شاه و فريث** Shah ,Frith (١٩٩٣) التي هدفت إلى معرفة السبب وراء الأداء الرفيع المتميز للأفراد الاوتيستك على اختبار رسوم المكعبات (Block Design task) وكذلك فحص استراتيجيات الأداء على هذا الاختبار للتعرف على فروض الترابط المركزي (أساليب معالجة البيانات) وذكرت الباحثتان مبررات اختيارهن لهذا الاختبار فيما يلى :-

١- أنه الاختبار الوحيد من مقاييس الذكاء الذي يحتوى على الموضوعات الخاصة بالاوتيستك كمجموعة تسجل أداءً أكثر ثباتاً عن باقي الاختبارات الفرعية .

٢- يعد أداه نافعة ومفيدة لقياس المفاهيم المجردة وغير اللفظية والرؤية المكانية .

٣- أنه من الاختبارات التي تسهم بقوة في إظهار الأداء المكاني وعامل التنظيم الإدراكي .

٤- يعتبر أحسن تقويم للقدرة العامة إذا قورن بالاختبارات الأدائية الأخرى .

أجريت هذه الدراسة على عينة مكونة من ثلاث مجموعات :-

١- مجموعة الاوتيستك ، قوامها (٢٠) فرداً يتراوح العمر الزمنى لهم بين (١٦ - ٢٥) سنة ، تم اختيارهم من المؤسسات القومية لرعاية الاوتيزم بناءً على معايير تشخيص الاوتيزم كما جاءت في (DSM-III –R) وتم قياس نسبة الذكاء بمقياس وكسلر ، فكانت نسبة الذكاء غير اللفظى تتراوح بين (٥٧ - ١٠٨) ولكى تكون هناك مجموعات أكثر تجانساً بالنسبة للقدرة العقلية ، فقد قسمت مجموعة الاوتيستك إلى مجموعتين فرعيتين بحيث تكون النقطة المتوسطة للذكاء غير اللفظى (٨٥) وتكون مجموعة نسبة الذكاء العالية : من الأفراد ذوى نسبة الذكاء غير اللفظي الأكثر من (٨٥) أما مجموعة نسبة الذكاء المنخفضة فهم من الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن (٨٥) ، فهذا التقسيم يفيد في أن كل مجموعة يمكن مقارنتها بالمجموعة الضابطة كمعيار ثابت وصادق .

٢- مجموعة العاديين ، تتكون من (٣٣) فرداً، منهم (١٧) كباراً لهم نسبة ذكاء غير لفظية عادية حتى يمكن مقارنتها بمجموعة الاوتيستك ، إلا أنهم جميعاً يبلغون سناً أكبر من (١٥) سنة ، ومنهم (١٦) صغاراً لهم نسبة ذكاء عادية يمكن مقارنتها بالاوتيستك ذوى نسبة الذكاء غير اللفظي المنخفض وبالرغم من أنهم أصغر سناً من الاوتيستك ، إلا أن أدائهم على مقياس وكسلر غير اللفظي كان متكافئاً تقريباً .

٣- مجموعة صعوبات التعلم ، تتكون من (١٢) فرداً لهم نسبة ذكاء غير لفظية تقترب من التخلف البسيط ، وهذه المجموعة يمكن مقارنتها بمجموعة الاوتيستك ذوى نسبة الذكاء غير اللفظية المنخفضة من حيث نسبة الذكاء غير اللفظي والعمر الزمني ، مع الأخذ في الاعتبار أن المستوى اللفظي ونسبة الذكاء الكلية لهذه المجموعة تفوق مجموعة الاوتيستك وذلك لا مفر منه .

وتتلخص التجربة في عرض نموذج على بطاقة ويُطلب من المفحوص تصميم نموذج مشابه له بالمكعبات ، ودائماً يحتاج النموذج إلى أربع مكعبات فقط ، ثم يتم عرض نفس التصميم ولكن مائل بزاوية (٤٥°) ، وبعد ذلك يتم عرض نفس التصميم بشرط أن يكون مقسم إلى أربعة أجزاء منفصلة لبحث أثر التجزئة بدون عوامل الإدراك المكاني .

وقد أشارت نتائج المقارنة بين المجموعات على هذا الأداء المطلوب إلى :-

١- الأفراد الاوتيستك أظهروا أداءً أفضل على الاختبار من مجموعات المقارنة المتجانسة في العمر الزمنى والقدرة الأدائية في حالة عدم تجزئة مواد الاختبار .

٢- أن ضعف الترابط المركزي (معالجة المعلومات) يعتبر من خصائص العمليات المعرفية في الاوتيزم .

٣- حقق العاديون القانون الجشطلتى بأقل جهد ممكن .

٤- إن القدرة العامة للاوتيستك لإيجاد أشكال ثابتة تيسر عليهم رؤية الأجزاء من خلال الكل.

٥- يظهر الاوتيستك قدرة هائلة في تعلم وتذكر مجموعات من الكلمات العشوائية أفضل من تعلم قطعة نثرية ذات معنى وذلك عكس النموذج الأدائي للأطفال الأسوياء .

٦- الاختبارات المعملية للمهارات الأكاديمية تكون صعبة على الأطفال الأسوياء لأنهم لا يتطرقون إلى المعنى الشامل ، بعكس الأفراد الاوتيستك فهم يؤدون أداء جيدا في اختبارات معينة تقيس نسبة الذكاء العملية ولكنهم يفشلون في مواقف الحياة الواقعية .

٧- إن فروض الترابط المركزي لدى الاوتيستك ترجع كفاءتهم في معالجة المثيرات غير المترابطة إلى الراحة غير العادية والتي يمكنهم من خلالها إحداث ترابط عادى آي الكل ذا المعنى من وجهة نظرهم ، وهناك تفسيرا أخر هو التفضيل النسبي للمعالجة الموضوعية للأشكال الثابتة .

وعن علاقة الطقس والمناخ بالاوتيزم ، كانت دراسة **يورام وآخرون** Yo ram , et als (١٩٩٥) والتي كان من نتائجها أن الأطفال المولودون في شهري مارس وأغسطس أكثر عرضة للإصابة بالاوتيزم عن غيرهم المولودون في باقي أشهر السنة .

وقد تمت هذه الدراسة في اسرائيل على عينة تقدر بحوالي (١٨٨) طفلا من مواليد الفترة (١٩٦٤ -١٩٨٦) والذي تم تسجيلهم عن طريق الاتحاد القومي للاوتيزم في إسرائيل وتم تشخيصهم باستخدام :-

١- معايير التصنيف العالمي للأمراض الطبعة الثامنة (ICD-8)

International Classification of Diseases المستخدم في الفترة من (١٩٦٤ - ١٩٧٥) .

٢- التصنيف العالمي للأمراض الطبعة التاسعة (ICD-9) المستخدم في الفترة (١٩٧٥ - ١٩٨٦) .

٣- الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض العقلية (DSM-III)

Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders لإعادة التشخيص .

وقد تمت مقارنة بيانات الأطفال الاوتيستك ببيانات المواليد الأحياء في الفترة التي أجريت فيها الدراسة باستخدام التوزيع الشهري ، فكانت النتيجة التي توصل إليها الباحثون صحيحة في كل عام خلال سنوات الدراسة ، بالإضافة إلى ارتفاع معدل المواليد الاوتيستك في الفترة من عام (١٩٧٠ - ١٩٧٦) .

وترى الباحثة أن هذه النتيجة مرتبطة بالاضطراب العصبي وعدم الاستقرار الناشئ في فترة الحرب التي عاشتها إسرائيل والتي انتهت بهزيمتها .

أما عن تأييد النتيجة الأولى وهي الخاصة بفصول السنة التي يكثر فيها مواليد الأطفال الاوتيستك فقد ثبت من خلال دراسات ثلاثة أجريت في الفترة (١٩٨٠ - ١٩٩٠) في أماكن مختلفة عن إسرائيل من حيث الموقع والمناخ وهي نورث كارولينا ، كندا ، السويد صحة هذه النتيجة . بمعنى زيادة المواليد الاوتيستك في فصلي الربيع والصيف خاصة شهري مارس وأغسطس . الدراسة الأولى قام بها بارتليك (١٩٨١) Bartlik على عينة مكونة من (٨١٠) طفلاً ، والثانية قام بها كونستانتاريس وآخرون (١٩٨٦) ، Konstanatreas , et als على عينة مكونة من (١٧٩) طفلاً ، أما الدراسة الثالثة فهي لجيلبرج (١٩٩٠) Gillberg على عينة قوامها (١٠٠) طفلاً .

ثانياً : دراسات تناولت الأساليب العلاجية والتدريبية التي يمكن استخدامها مع الأطفال الأوتيستك .

إن تدريب الطفل الاوتيستك يهدف إلى تقليل أو تخفيف حدة الأعراض السلوكية المضطربة وتنمية الوظائف المتأخرة مثل وظيفة اللغة ورعاية الذات والتفاعل الاجتماعي ، وأن أسر هؤلاء الأطفال يَلزمَهُم المساندة النفسية لتحمل أعباء إعاقة طفلهم ، كما أنهم في حاجة ماسة للإرشاد والتدريب على كيفية التعامل مع طفلهم الاوتيستك .

وتُجمع الغالبية العظمى من الدراسات على أن العلاج المفضل لهذه الفئة من الأطفال هو العلاج السلوكي التعليمي ، ويعد هذا العلاج نوعاً من التربية الخاصة ، بينما تركز دراسات أخرى على أهمية العلاج العقاري في تخفيف الأعراض المصاحبة لإعاقة الاوتيزم .

وفيما يلي سوف تعرض الباحثة الدراسات آلتي حصلت عليها ، والتـــي اهتمــت بــدور العلاج العقاري ، ثم الدراسات التي اهتمت بدور العلاج السلوكي في تنمية المهارات اللغويــة والاجتماعية لدى الأطفال الاوتيستك وأخيرا الدراسات التى اهتمت بدور الأسرة فـــى تدريــب طفلها الأوتيستك .

١- دراسات تناولت العلاج بالعقاقير :-

يرى البعض أن هناك عقاقيراً يمكن اســتخدامها لتخفيــف حــدة الأعــراض الســلوكية المصاحبة للاوتيزم ، فقد اســـتخدم **إيكمــان وآخـرون** Ekman , et als (١٩٨٩) عقــار الفينفليرامين Fenfluramine لعلاج (٢٠) طفلاً اوتيستك يتراوح العمر الزمنـــي لــهم بين (١ - ١٠) سنوات لمدة تزيد عن (٤٨) أسبوعا، وقد أظـــهرت نتــائج فحـص الآثــار الكيميائية العصبية والنفسية لأطفال العينة انخفاضاً فى مستوى النشاط الحركي الشـــاذ وعــدم حدوث أي تحسن في الوظائف العقلية ، وأشارت كذلك بانخفاض معدل السيروتونين في الــدم Serotonin بنسبة ٥٣ % بعد العلاج .

بينما **بانكسيب وآخــرون** Panksepp , et als (١٩٩١) اســتخدموا عقــار نالتريكسون Naltrexon في علاج أربعة من الأطفال الأوتيستك الذيــن يــتراوح عمرهم الزمني بين (٥- ٢١) سنة والذين شخصوا بأن لديهم اوتـــيزم مصحــوب بتخلف عقلي شديد .

واستخدم أطفال العينة العقار لمده تزيد عن سنة ونصف ، ثم حاول البــاحثون اختبــار فاعلية العلاج المستخدم فأشارت النتائج بحذوث اختزال في بعض الأعراض المصاحبة لإعاقـة الاوتيزم لدى أفراد العينة وهذه الأعراض تتمثل في فرط النشاط ، العدوانية ، إيـــذاء الــذات والسلوكيات النمطية ، كما أشارت إلى ازدياد السلوكيات الاجتماعية الإيجابيـــة لــدى هــؤلاء الأطفال .

وتؤكد النتائج على ضرورة الاستخدام المتقطع ذات الجرعات المنخفضة للعقار فـــهذا يكــون أكثر فائدة من الاستخدام المتكرر يومياً وبجرعات كبيرة .

وفي دراسة مسحية شاملة للنتائج الهامة التي تختص بتقييم الاوتيزم وبحث العلاقـــة بين التشخيص والعلاج ، قام بها **كـــامبل وآخــرون** Campbell , et als (١٩٩١) واعتبروا أن الاوتيزم عبارة عن مجموعة من الاضطرابات غير المتجانسة البيولوجيــة

والعصبية ، لذا يجب التقييم الفردى الدقيق لاختلاف زُملة الأعراض من حيث العدد والمستوى .

واستخدم الباحثون مجموعة متطورة من الأدوات التشخيصية الكلينيكية ومنها :-

١- مقياس تقدير اوتيزم الطفولة Childhood Autism rating Scale (CARS)

٢- مقياس تقدير الطب النفسي للأطفال Children's Psychiatric rating scale (CPRS)

ويُنتج أربع فئات للاوتيزم هي [اوتيزم/ الغضب ، اوتيزم /فرط النشاط ، اوتيزم /غضب/فرط نشاط ، اوتيزم / اضطرابات الكلام] .

٣- مقياس تقدير العلاج السلوكي Timed Behavior rating Scale (TBRS)

٤- مقياس السلوكيات اللاإرادية الشاذة Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS)

٥- مقياس تقدير عُسر الحركة المختصر Abbreviated Dyskinesia rating Scale (ADRS)

يستخدم هذا المقياس لتقدير الأسباب العصبية لعسر الحركة وذلك لصعوبة التمييز بين اضطرابات الحركة كالحركات النمطية وحركات شاذة أخرى .

ويرى كامبل وآخرون من خلال الدراسات العديدة التي قاموا بها (١٩٧٦ ، ١٩٨٨) أنه لا يمكن الاعتماد على العلاج العقاري فقط في علاج الطفل الاوتيستك ، بينما العلاج الشامل لهؤلاء الأطفال يحتاج إلى فريق عمل متكامل يشتمل على أخصائي طب الأطفال ، أخصائي الأمراض النفسية والعصبية ، أخصائي السمع والكلام ، أخصائي نفسي ... ولكن توجد بعض العقاقير التي أثبتت فاعليتها في تخفيف بعض الأعراض السلوكية المضطربة لدى فئة الاوتسيك ، فقد تم اختزال أو تخفيف بسيط لأعراض فرط النشاط باستخدام نالتريكسون (Campbell , et als , 1990 ; Panksepp , et als ,1991) .

كما ارتبطت فاعلية نالتريكسون باختزال السلوكيات النمطية وازدياد السلوكيات الاجتماعية (Herman , et als , 1991) واستخدم هالوبيريدول Haloperidal في تخفيف الانسحابية والنمطية لدى الأوتيستك الأكبر سناً (Campbell , et als , 1978 ; Cohen , et als , 1980)

كما ظهرت فاعلية كل من (ل - دوبا) (L - dopa) وفينفليرامين Fenfluramine في علاج الأطفال الاوتيستك الذين لديهم ارتفاع في نسبة السيروتونين في الدم ، لأن الفينفليرامين يختزل

معدل السيروتونين كما ظهر من دراسات , (Ritvo , et als 1971 ; Campbell , et als , 1976 ; Ritvo , 1983)

ويفيد عقار انتى دوبا مينرجيك الفعال antidepaminergic بجانب هالوبيريدول في تخفيف أو اختزال النمطية لدى الأطفال الاوتيستك ذوي العمر من (٢ - ٧) سنوات إذا تم تناولهما بجرعات يومية تقدر بحوالى (٢٥, : ٤) مجم , .

وقد توصل **كامبل وآخرون** إلى أن الاستجابة للعلاج العقاري قد ارتبطت بعدد من المتغيرات التي تتضمن : شذوذ المتغيرات البيوكيميائية المرتبطة بالسلوك المعرفي المحدد أو شذوذ (اضطراب الانتباه) ، الإصابة بالأمراض الشديدة ، الصورة البيانية للأعراض ، العمر الزمني للحالة ونسبة الذكاء (345, Campbell , et als , 1991) .

٢- دراسات تناولت أساليب تخفيف العجز أو التأخر اللغوي لدى الأطفال الاوتيستك :-

تناولت هذه الدراسات العلاجية العجز اللغوي لدى الأفراد الاوتيستك بكافة جوانبه المختلفة وباستخدام فنيات متعددة ، فنجد أن **يونج ودوجلاس** , Y aung Douglas (١٩٨٠) قدما برنامجاً علاجياً سلوكياً مركزاً لعينة مكونة من (٢٠) طفلاً من الاوتيستك الذين يقل عمرهم الزمني عن أربع سنوات ، وبالاعتماد على تقليد النموذج يتم اختيار أو تقييم مهارات التعبير اللغوي لهؤلاء الأطفال بعد مرور ثلاثة شهور من تطبيق البرنامج .

وقد أظهرت نتائج التقييم ما يلي :-

١- وجود مجموعات فرعية من الأطفال الاوتيستك طبقا لاستجاباتهم العلاجية ، فمنهم ذوي الاستجابات السريعة للعلاج وذوي الاستجابات البطيئة للعلاج .

٢- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين العلاجيتين (ذوي الاستجابات السريعة - البطيئة) على السلوكيات التالية :

أ- تناسق حركي جيد لصالح المجموعة الأولى .

ب- قصور نسبي في اضطرابات النوم والأكل في فترات الطفولة المبكرة لصالح المجموعة الثانية .

جـ- قدرات خاصة في الذاكرة ومهارات معرفية ميكانيكية لصالح المجموعة الأولى .

د- مهارات الإدراك اللغوي لصالح المجموعة الأولى .

هـ- ترديد ما يقال لصالح المجموعة الثانية .

و- قصور أو اضطراب في (الانتباه ، السلوكيات النمطية ، التواصل البصري ، الاستجابة للمناغاة) لصالح المجموعة الثانية .

ز- العجز في تفسير انفعالات الوجوه وعدم القدرة على خداع الآخرين لصالح المجموعة الثانية .

ع- السلبية وسيطرة انفعال الغضب والحزن على وجوههم لصالح المجموعة الثانية .

٣- الأطفال ذوي الاستجابات العلاجية البطيئة كانوا ممن يعانون من التخلف العقلي الشديد ، بينما ذوي الاستجابات العلاجية السريعة كانوا من ذوي التخلف العقلي البسيط أو تقترب قدراتهم العقلية من العاديين .

ويقترح الباحثان أن أفضل وسيلة للتعرف على خصائص الأطفال الاوتيستك الصغار هي دراسة الحالات بصورة فردية ، دراسة المشاعر والانفعالات ، الإدراك ، السلطة والقهر في ممارسة الأنشطة و اضطرابات الكلام التعبيري .

وقد كان مسجي وآخرون Mcgee , et als (١٩٨٣) من المهتمين باستخدام طرق التعلم الطارئ Incidental teaching لتخفيف حدة الإعاقات اللغوية لدى الأطفال والشباب الاوتيستك. وأجريت هذه الدراسة على اثنين من الشباب الاوتيستك (ولد ، بنت) الذين يتمتعون بعجز لغوي شديد ولا يستطيعون المبادأة بالتفاعلات اللفظية أو غير اللفظية ، بغرض تعديل طرق التعلم الطارئ لمساعدتهم في التعرف على بطاقات الموضوعات التي من خلالها يتفاعلوا مع الآخرين . واستغرقت مدة التدريب (٧سنوات و ٥ شهور- ٧ سنوات و ٧شهور) لأفراد العينة ، كانوا غير قادرين على تسمية الأشياء الموجودة بالمنزل الذي أقاموا به مع عائلة نموذجية لجماعة منزلية ، كما أن لديهم عيوب شديدة في استقبال اللغة والتعبير بها في بداية البرنامج .

البنت :-عمرها (١٥ سنة و ١٠ شهور) ، عمرها العقلي (٥,٧) سنة كانت تتلقى علاجاً فردياً للسلوكيات النمطية واللعب المتكرر بالأصابع ، العدوان الجسدي ، الضوضاء والسلوك المزعج أثناء النوم ، كما تتلقى تعليماً فردياً للتدريب على مهارات اللبس ، قراءة شكل الكلمة

، الكتابة باليد ومهارات تتبع الاتجاهات الأساسية ، وكانت في بداية البرنامج لا تصدر حديث مُعبر إلا بالمعززات المرغوبة .

الولد :- عمره (١٢ سنة و٧ شهور) ، عمره العقلي (٥ سنوات) كان يتلقى علاجاً فردياً للضحك والبكاء المستمر ، عض اليد ، وتعليماً فردياً لقراءة الكلمات بالشكل والكتابة باليد وقد تعلم هذا الشاب نطق كلمات بسيطة وعبارات قصيرة جداً في بداية البرنامج .

وتنفذ إجراءات التعلم الطارئ في جماعة منزلية مكونة من أفراد العينة ، الأباء المعلمين ، ثلاثة أخصائيين للملاحظة والتوجيه فقط يومياً من الشاعة (٥ ,٣: ٥ ,٩) مساءً ، وركزت الأنشطة على تعلم (مهارات رعاية الذات ، ترتيب المنزل ، المهارات الاجتماعية والأكاديمية في البيئة المنزلية الطبيعية و المهارات اللغوية اللفظية) من خلال إعداد وجبة العشاء وتحية الضيوف .

فيسأل الأب المعلم الشاب اعطني... ومهمة الشاب هي الاختيار الصحيح من بين الأشياء الموضوعة أمامه بطريقة عشوائية ، وإذا كان الشاب غير قادراً على الاختيار الصحيح يساعده الأب بالإشارة إلى الشيء المطلوب ، ويكرر اعطني ... ويقدم التدعيم في كل مرة للاختيار الصحيح ويخصص يومياً (٣٠) دقيقة للتدريب على التعميم وهذا استغرق (٣٦) محاولة .

وقد أشارت نتائج تقييم التجربة إلى ما يلي :-

١- أمكن التدريب على مهارات اللغة من خلال التدريب على مهارات أخرى مثل إعداد وجبه ، أنشطة وقت الفراغ ومهارات رعاية الذات وهذا من شأنه توفير الجهد المبذول ويفيد الأسر التي تقوم برعاية أطفالها الاوتيستك فتستطيع تنمية المهارات اللغوية لديهم من خلال أداء الأنشطة المنزلية ورعاية باقي أفراد الأسرة .

٢- التعديل الذي أدخل على طرق التعلم الطارئ فى تدريس المهارات اللغوية من خلال أنشطة الحياة المنزلية الطبيعية واستجابات أفراد العينة للتعرف على بطاقات الموضوعات كان يتبعها إعداد وجبه والمدح اللفظي .

٣- عند التنظيم العشوائي للأشياء المرغوبة والمشتتة ، يجب أن تكون الأشياء المرغوبة هي نهاية الكلمات التي ينطقها المعلم أو يلمس الأشياء الدالة عليها حتى لا يفسرها الشاب على أنها تدعيم .

٤- ظهور مستويات عالية من السلوك التعاوني وغياب السلوك المزعج عند إعداد الطعام وهذا يدل على أنه نشاط ممتع للاوتيستك .

٥- اكتسب أفراد العينة مهارة في تحديد الأشياء المطلوبة ، أما تسمية الأشياء فان البنت حققت تقدم بطيء فيها ، والولد لم يحقق أي تقدم ، وبالرغم من ذلك فكانوا قادرين على الاستجابة بدقة لمتطلبات أوقات الطعام .

٦- أشارت النتائج إلى فاعلية طرق التعلم الطارئ في اكتساب مهارات التعميم ، وأن الأب المعلم قد اكتسب سيطرة دافعية للاستجابات الصحيحة من الشباب الاوتيستك ، وكذلك بعض المهارات الأكاديمية ، رعاية الذات والقيام بالأعمال المنزلية .

ونستخلص من هذه الدراسة أنه يمكن للشباب الاوتيستك اكتساب مهارات تعميم اللغة من خلال مشاركتهم في الأنشطة الطبيعية ، وكذلك فوائد المعالجة الجماعية للشباب من خلال الحياة المنزلية التي تحسن نوعية الحياة لديهم ، كما توفر نظام متميز و فعال في سرعة اكتساب المهارات لدى الشباب الاوتيستك شديدي الإعاقة .

وعلى عينة قوامها (٤) من الأطفال الاوتيستك في مرحلة ما قبل المدرسة درس كريمير Kreimeyer , K.H . (١٩٨٤) مقارنة أثار تدريب هؤلاء الأطفال على الكلام أو المحادثة ، نموذج لغة الإشارة ، لغة الإشارة التلقائية على تنمية السلوك اللغوي لديهم ، وقد حاول الباحث تحقيق الأهداف التالية :-

١- اختبار العلاقة بين اكتساب لغة الإشارة واكتساب القدرة على الكلام وأثرهما في خفض السلوكيات النمطية والسلوكيات غير الملائمة للتواصل مع الآخرين وكذا أثرهما على تنمية السلوك اللغوي لدى أفراد العينة .

٢- مقارنة التدريب على الكلام وإجراءات التدريب على لغة الإشارة من حيث الزمن والجهد المبذول في كل منهما .

٣- مقارنة فاعلية العلاج بنموذج الإشارة المبنى على الرؤية التقليدية للنموذج بالعلاج التلقائي للإشارة المبنى على المعالجة الواقعية الطبيعية للمواقف ، وقد أظهرت نتائج التدريبات ما يلي :-

أ- حدوث تحسن طفيف في التعبير اللفظي نتيجة التدريب على الكلام .

ب- اكتساب سريع للتواصل بالإشارة وذلك من خلال التدريب التلقائي على لغة الإشارة .

جـ- ضبط الظروف البيئية أثناء التدريب على لغة الإشارة يعتبر من العوامل المساهمة في تنمية القدرة على الحديث أو الكلام .

د- التدريب على الكلام ، نموذج لغة الإشارة ، لغة الإشارة التلقائية أدى إلى حدوث تحسن ملحوظ في الكفاءة اللغوية لأفراد العينة .

هـ- أكثر التدريبات فعالية في تنمية السلوك لدى أفراد العينة هو التدريب التلقائى على لغة الإشارة وتنسب فاعلية إلى جداول تكرار التدعيم أثناء العلاج .

و- بدأ طفل واحد الكلام في صورة ترديد لما يسمعه وذلك بعد تدريبه على لغة الإشارة .

وفي دراسة أخرى **لمسجي وآخرون** Mcgee , et als (١٩٨٦) عن فاعلية التعلم الطارئ في معالجة العيوب اللغوية لدى الاوتيستك ، وكان من بين أهدافها تعليم الأطفال الاوتيستك القراءة من خلال أنشطة اللعب .

وأجريت الدراسة على عينة مكونة من طفلين شخصوا وفقا لمعايير المجتمع الدولي للطفل الاوتيستك (Ritvo, Free man 1977) .

الطفل الأول : أنثى عمرها (٥ سنوات) ، ولديها اضطراب عصبى ، حصلت على ٢,٨ عمر اجتماعي في مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي ، ولم تحصل على الدرجة القاعدية في اختبار بيبودى Peabody Picture Vocabulary test (PPVT) ، اختبار المفردات المصور (Dunn , Dunn , 1981) .

الطفل الثانى : ذكر عمره (١٣ سنة) مصاب بالشيزوفرينيا ولديه تخلف عقلي متوسط ، عمره الاجتماعي على مقياس فاينلاند (٢,٣) ، حصل على (١١,٢) في اختبار(PPVT) .

الطفلان في حاجة إلى لغة وظيفية ، ولذا اتبعوا التعليمات الخاصة باكتساب مهارات اللعب ، وشاركوا في جلسات اللعب الحر وتعلموا أن يبدءوا اللعب بواسطة إشارات لفظية وقد اختار كل طفل تسعة ألعاب مفضلة لديه ومن ثم تم تعلمه مجموعة الكلمات المعبرة عن الألعاب المختارة وكانت الاختيارات كالتالى :-

الطفل الأول يتعلم الكلمات التالية :-

في الجلسة الأولى : لعبة - مسطرة - حرارة .

في الجلسة الثانية : ورقة - هيلوكبتر - موسيقى .

في الجلسة الثالثة : أرنب - حشرة (بق) - قطة .

الطفل الثاني يتعلم الكلمات التالية :

في الجلسة الأولى : هيلوكبتر - بيض - خاتم .

في الجلسة الثانية : قلم جاف - مسطرة - حشرة (بق) .

في الجلسة الثالثة : شماعة - كتاب - بومة .

لذا فقد استخدم الباحثون تصميما تجريبيا متعدد ، مكون من ثلاث مجموعات للكلمات مع كل طفل لتحديد مهارات القراءة المستخدمة في الخطة والتعليم والمتابعة .

ويصف الباحثون فنية التعلم الطارئ المستخدمة في هذه الدراسة كالتالى :

يجلس كل من المعلم والمتعلم (الطفل) وجها لوجه على الأرض ويقوم المعلم بعرض لعبتين على الطفل أحدهما تمثل الموضوع المطلوب والأخرى تمثل موضوع أخر ، وعندما يشير الطفل إلى الموضوع غير المطلوب يعطيه المعلم إياه حتى يمل منه ويرفضه وينتظر المعلم حتى يشير الطفل إلى اللعبة التي تعبر عن الموضوع المطلوب ، حينئذ يبدأ المعلم بتقديم قوائم للكلمات المراد تعلمها ويسأل اعطني كلمة .... فإذا أجاب الطفل إجابة خاطئة يشير المعلم إلى الإجابة الصحيحة ثم يعيد ترتيب الكلمات ويسأل الطفل اعطني كذا ... وفي حالة تكرار الطفل الإجابة الخاطئة يساعده المعلم في اختيار الكلمة الصحيحة وإذا داوم الطفل على الإجابة الخاطئة يقاطعه المعلم وينتقل إلى مجموعة أخرى من الكلمات .

ويمكن تلخيص الخطوات الرئيسية في عملية التعليم الطارئ كما جاءت في Hart , Risley , 1982 :-

أ - مبادأة الطفل (سواء بالألفاظ أو الإشارات) للعنصر المطلوب .

ب - مساعدة الطفل على اختيار العنصر المناسب .

ج - تصحيح إجابات الطفل .

د - تكرار الإجابات الصحيحة التي زود المعلم بها الطفل .

ويتم تسجيل (٤٨) محاولة تعليمية للطفل ثم ينتقل بعد ذلك للتدريب على تصميم الكلمات التي تم تعلمها في أنشطه مختلفة وأماكن مختلفة عن أماكن التعلم وبمدرسين مختلفين .

وقد أشارت النتائج إلى :-

١- ثبات الأداء في اختبارات اكتساب مهارات القراءة المتمثلة في القدرة على التكرار والتذكر فقد ظهرت فى فترة وجيزة بعد (١٥ : ٢٥) يوما .

٢- التعلم الطارئ ذو فاعلية في تعليم الأطفال الذين يجدون صعوبة في استيعاب المنهج التقليدى لأنه لا يتيح لهم فرص الاختيار المتوفرة في التعليم الطارئ .

٣- استطاعت الطفلة قراءة الكلمات المطبوعة بأحرف صغيرة بعد (٦٥) جلسة ،بينما الولد استطاع القراءة بعد (٣٣) جلسة .

٤- حققت الطفلة تقدماً بعد ١٥ يوماً من التدريب في الجلسات الثلاثة يقدر بالأتى :-

٨٩ % ، ٨٧ % ، ١٠٠ % وبعد ٢٥ يوماً سجلت ٨٩ % ، ٨٩ % ، ١٠٠ % ، أما الطفل فقد حقق بعد ١٥ يوماً من التدريب تقدماً يقدر بحوالى ١٠٠ % ، ٩٠ %، ٧٨ % وبعد ٢٥ يوماً أصبح يقدر بحوالي ١٠٠ % ، ٩٠ % ، ٨٩ % .

٥- الاستعمال الوظيفي لمهارات القراءة في اختبار التعميم سجلت فيه الطفلة تقدماً يفوق الطفل وربما يرجع ذلك إلى قصر الوقت المسموح به في جلسات التعميم أو عدم قدرة الطفل على التعميم .

ونظرا لأهمية مهارات التعميم والإجابة عن الأسئلة في تنمية المهارات اللغوية لدى الاوتيستك ، فقد اهتمت أبحاث كثيرة بوضع خطط وبرامج للتدريس الفعال لهذه المهارات .
فكانت دراسة **سيسان وآخرون** Secan , et als (١٩٨٩) من بين هذه الأبحاث التي صممت برنامجا تعليماً خاصا لأربعة من الأطفال الاوتيستك (٣ ذكور، أنثى) الذين تم تشخيصهم طبقا لمعايير المجتمع الدولى للاوتيزم Ritvo , Freeman , 1968 ، واتسم أفراد العينة بأن لديهم قصوراً في (التفاعل الاجتماعي ، مهارات اللعب ، مهارات اللغة والتواصل) بالإضافة إلى أن معظمهم يُظهر بعض المشكلات السلوكية (العدوانية ، عدم الاتزان الحركى ، العنف ، تحطيم الأشياء الخاصة والممتلكات) .

وتلقى أفراد العينة توجيه يومى لمدة تتراوح بين (١-٥) سنوات، بالإضافة إلى (٤٥) دقيقه أسبوعياً للمحادثة الفردية والجماعية من خلال أخصائي التخاطب بالفريق العلاجي .

ويعرض على بعض أفراد العينة مثيرات التدريب المكونة من (١٠) صور مختارة عشوائياً من (٥٠) صورة تعبر عن مواقف متعددة (زيارة الطبيب ، قضاء الإجازات ، أداء المهام المنزلية) والسلوك المستهدف هو الاستجابة على أنماط أسئلة (-Wh) (متى – أين – ماذا – لماذا) وتم التركيز على أسئلة (لماذا – كيف – ماذا) لأن الطلاب يجدون صعوبة في الإجابة عليها . ويتم عرض كل صورة على الطالب ويتبعها سؤال متعلق بها ويدعم

المعلم الاستجابات الصحيحة فورا ، ويكرر الخطوات العلاجية للاستجابة الخاطئة حتى يتمكن المتعلم من الاستجابة الصحيحة . بعدها ينتقل المعلم إلى التدريب على التعميم مع ملاحظة تغيير المدربين والأماكن التي تم فيها التعلم ، وتنفذ خطوات التعميم على النحو التالي :-

١- يتم اختيار أسئلة قصص قصيرة تلائم الموضوعات الموجودة في الصور التي سبق التدريب عليها .

٢- أسئلة من خلال النشاط اليومى الذى يمارسه الطالب ، فيمكن أن يسأل الطالب كيف تذهب إلى المدرسة ؟ بمجرد أن ينزل من أتوبيس المدرسة حينما يكون الأتوبيس مازال مرئيا .

٣- الأسئلة الفورية لمعرفة ما إذا كان الطلاب ازدادت مقدرتهم على الاستجابة للأسئلة الوظيفية للتدريب فيتم التدريب العلاجى المكثف عندما يفشل الطلاب في تحقيق مستوى معين (٨٠ % لجلستين متتابعتين) ويكون هذا التدريب على العنصر الذى حصل فيه الفرد على أقل الدرجات، وينفذ بعرض أسئلة مكثفة من الواقع اليومى للطالب .وقد وضع الباحثون بعض القواعد لضمان مستوى من الثبات للأسئلة المطروحة على أفراد العينة منها :-

أ -عند الإجابة على الأسئلة التي تتطلب ذكر أسماء أو أفعال فعلى الطلاب استخدام التصنيف الصحيح للأسماء أو الأفعال الموجودة بالصورة .

ب- لكى تكون الإجابة مقبولة ينبغى أن تكون مرتبطة بالأحداث الموجودة أو المرئية بالصورة أو بالقصة، مثال : لو سئل طالب لماذا ينظف المعلم الأرض ؟ من خلال النص الطبيعي وكانت الإجابة " لوجود طعام عليها " فتكون صحيحة إذا كان هناك طعاما مرئيا على الأرض.

ج- ينبغى أن تكون الإجابة ملائمة لشكل السؤال ، مثال : لماذا تذهب إلى الكافتيريا ؟ فإذا أجاب" لأننى جائع " فتكون صحيحة في نص السبب والنتيجة ، وتكون غير صحيحة في نص الفعل المتوقع .

د- الجمل الكاملة ليست مطلوبة بالضرورة ، فطالما احتوت الإجابة على المعلومات الملائمة للسائل فيكتفي بها .

وبعد تقييم الطلاب (أفراد العينة) على البرنامج المقدم ، أشارت النتائج بما يلى :

١- استطاع أفراد العينة الإجابة على الأسئلة المستهدفة وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة krantz , et als ,1981 ، وكان أدائهم على مستوى من الثبات .

٢- التدريب على الصور ساعد أفراد العينة في اجتياز اختبارات التعميم ، وأفادت الاختبارات المكثفة في تحقيق مستويات مقبولة من التعميم لعشر مجموعات من المثيرات التي لم يتمكن منها سابقا .

٣- الأسئلة ذات الدلالة غير المرئية (غير الواضحة) تنتج عنها كثير من الإجابات الخاطئة.

٤- بتحليل الإجابات على الأسئلة المقدمة (wh-) أظهر التحليل أن أسئلة (كيف-لماذا) والتي لم يكن لها دلالة مرئية تكون أكثر الأسئلة صعوبة في الإجابة .

٥- حقق التعميم في الإجابة على الأسئلة التي جميع الأدلة المتعلقة بها واضحة تقدما يقدر في أسئلة ماذا بنسبة (٨٧,٥) % وأسئلة كيف بنسبة (٧٥) % ، أسئلة لماذا بنسبة (٥٠) % .

٦- التدريب المكثف كان إضافة فعالة للتدخل وأحد أسباب فعاليته المجال الواسع للأدلة النسبية التي يمكن أن تقدم من خلاله، كما أنه يساعد على زيادة الدافعية والانتباه وربما يكون أكثر فعالية في تعليم الأطفال الإجابة على أشكال الأسئلة التى تتطلب الدلالة غير المرئية .

٧- فنيات النمذجة والتدعيم لهما فعالية في تعليم الاستجابة لمثير التدريب والتعميم لجميع مستويات أو أشكال الأسئلة .

وباستخدام نموذج الفيديو استطاع **تشارلوب وميلستن** Charlop , Milstein (١٩٨٩) تعليم الأطفال الاوتيستك المحادثات الكلامية.

طبق برنامج الدراسة على (٣) ذكور من الأطفال الاوتيستك الذين تم تشخيصهم طبقا لمعايير المجتمع الدولي Ritv, freeman ,1978 ومعايير (DSM-III) ، وقد استطاع أطفال العينة الإجابة اللفظية على بعض الأسئلة البسيطة ، واعتبروا من ذوى المستويات الوظيفية الراقية طبقا لأعمارهم العقلية وكلامهم الفعلي كما أن لديهم بعض المهارات الاجتماعية ، ولكنهم نادرا ما يوجهوا أسئلة أو ينغمسوا في حديث تلقائي مع الآخرين، كما أنهم يفشلون في تعميم المهارات الكلامية حديثة الاكتساب .

الطفل الأول: عمره الزمني (٧ سنوات و٦ أشهر) ، عمره العقلي (٣ سنوات و١٠ شهور) على اختبار سلوسن Slosson وحصل في اختبار (PPVT) للكلمات المصورة على (٤ سنوات و٥ أشهر) .

ومن سماته الأساسية ترديد ما يسمعه، أدائه غير مناسب، كلامه التلقائي حول الأمور التي تهمه أو تشغله مثل (التواليت- الملعب- أداة قطع الحشائش- نوع معين من العربات) ، سلوكيات نمطية قهرية مثل فتح وغلق العين، فتل الشعر وتحريك الأشياء أمام العين .

الطفل الثاني : - عمره الزمني (٦ سنوات و ١٠ أشهر)، عمره العقلي على اختبار PPVT (٤ سنوات و٧ أشهر) ، وكان يتحدث بجمل كاملة بصوت ضعيف غير مسموع ، ومعظم كلامه عن الأدوات والأشجار والأقلام ويوحي بأنه محفوظ عن ظهر قلب ، كما أنه غير مطيع .

كان عمره يكافئ (٦ سنوات و٤ أشهر) على اختبار الصور المعبرة للكلمة الواحدة Expressive one word vocabulary test ويكافئ (٣ سنوات و٣ أشهر) على اختيار فهم اللغة المسموعة Test of auditory comprehension of language .

الطفل الثالث : عمره الزمني (٧ سنوات و١٠ أشهر) ، عمره العقلي (٦ سنوات و٦ أشهر)على مقياس ليتر للأداء Leiter international performance scale ، من السلوكيات التي يظهرها : مص الأصابع ، تحريك الأيدي والأرجل حركات نمطية ، الضحك بصوره غير ملاءمة ، ترديد ما يسمعه ويستجيب عند سماع اسمه وعند محاولة تحقيق رغبة له .

وقد تعرض الأطفال الثلاثة لمشاهدة المحادثات الكلامية المسجلة على شرائط الفيديو ويقدمها أشخاص يناقشون بعض اللعب المحببة لهؤلاء الأطفال في صورة قصص ، وبعد فترة كافية من التدريب على المحادثة يتم تعميم لمهارات المحادثة من خلال أشخاص آخرون ومؤثرات ومواقف جديدة، وبعد ذلك تم تقييم أثار نموذج الفيديو على اكتساب مهارات المحادثة وتعميمها لدى أفراد العينة وأظهرت نتائج التقييم ما يلي :-

١- فعالية تعليم المحادثات الكلامية من خلال النمذجة التليفزيونية لعينة الدراسة ، وحدوث تحسن ملحوظ في مهارات التخاطب بعد (١٥) شهرا من التعرض لهذا النموذج ومنها مهارة توجيه الأسئلة، التنوع المستمر في الإجابات التلقائية، وهذا ما لاحظه أباء هؤلاء الأطفال بعد التدخل العلاجي .

٢- تعلم الأطفال الاوتيستك ذوى العجز اللغوي المتنوع مهارات المحادثة يعتبر عمـــلا شــاقا وإنجازا رائعا للغاية .

٣- تعلم أطفال العينة هذه المهارات ربما يكون نتيجة لاستغلال السمات المميـــزة للاوتيســتك والمتمثلة في الذاكرة الحافظة التي تساعد على سرعة تعلم العبارات التخاطبية، الإجابة بـترديد الجزء الأخير من السؤال، فإن ترديد ألفاظ النموذج كان إجابات صحيحة واعتبر حديث مقبـول وفعال في تحقيق تواصل مع الآخرين .

٤- النموذج التليفزيوني يعتبر أداة تعليمية فعالة في تعلم أطفال العينة المحادثة ويمكن تعديـل محتويات الشريط بما يتلاءم مع الخصائص الفردية للمتعلم .

يوصى الباحثان بأهمية استمرار توجيه المحادثات الكلامية للاوتيستك وكذلـك البحـث عـن الطرق أو الأساليب التي من شأنها زيادة تنوع الاستجابة التي يصدرها الاوتيستك .

ولنظرا لفاعلية النمذجة في تخفيف العيوب اللغوية لدى الاوتيستك ، فقد استخدمها كثـير من العلماء بأشكال مختلفة فنجد أن **ماسدوف وآخرون** Macduffy, at als , (١٩٩٣) اسـتعانوا بجداول الأنشطة المصورة مع الإرشاد التدريجي لتعليم الأطفال الاوتيستك اكتســاب وتعميـم سلسلة من الاستجابات المعقدة (المركبة) التي تتطلب منهم أن يتحركوا في مجموعاتهم المنزلية بدون تعزيزات .

وطبق برنامج الدراسة على أربعة من الأولاد الاوتيستك الذين تم تشخيصهم بمعايير(DSM-III-R) وهم :-

- ❖ (مايك، ولتر) عمرهم الزمني (٩) سنوات
- ❖ ستيف عمره (١١) سنة
- ❖ روى عمره (١٤) سنة

أعمارهم العقلية على اختبار (PPVT) تتراوح بين (سنتين و ستة أشهر - ٣ سنوات و تســعة أشــهر) بمتوسط قدره (٢,٣) سنة ، أما ستيف فكان غير قادر على الحصول على الدرجــة القاعديــة للاختبار. العمر الاجتماعي لمايك وولتر على اختبار فـــاينلاند للنضــج الاجتمــاعي كــان (٥ ســنوات و٥ أشهر) ، أما روى فكان (٥ سنوات و٣ أشهر) ، وستيف كان (٣ سنوات و٣ أشهر) .

أفراد العينة لديهم تاريخ طويل في إظهار السلوكيات المضطربة (العدوان،النوبات العصبية، الهروب) والسلوكيات النمطية، بالإضافة إلى العجز اللغوي الشديد المتمثل في ترديد الكلام المسموع ، الكلام غير المفهوم ، الصوت العالي والضوضاء وعجز اللغة التلقائية .

قبل بدء تنفيذ برنامج الدراسة تم تدريب أفراد العينة على إدراك العلاقة بين الشيء وصورته ، وبعد ذلك عرضت بيانات النشاط المصور لكل فرد في العينة ، وهي عبارة عن مجلد يشتمل على (٦) صفحات مصورة تعبر عن أنشطة وقت الفراغ والمهام المنزلية ، حيث الثلاثة صور الأولى عبارة عن لعب وأشكال هندسية بسيطة وعمارات خشبية ... ويتم تنفيذها باستعمال مكوناتها الموجودة في الغرفة ، أما الثلاثة صور الأخيرة فتعبر عن تجهيز وجبات خفيفة ، تنظيف (غرفة الدراسة-غرفه المعيشة) ، تجهيز بعض المشروبات ، ارتداء أو خلع الملابس أو الحذاء ... وتمت هذه الدراسة في جماعة منزلية تعتمد على إشراف الأباء المعلمين والملاحظين واستمرت (سنة و شهر : ٤سنوات وشهرين) بمتوسط قدرة سنتين وشهر .

وتم قياس المتغيرات التابعة للدراسة والمتمثلة في :-

أ - مستوى الأداء الوظيفي :

يكون جيد في حالة اهتمام أفراد العينة بصريا باللعب ومواد العمل ، ممارسة اللعب أو استخدام مواد اللعب بطريقة مناسبة ، النظر إلى بياناتهم المصورة باهتمام .

ب - الأداء على مستوى البيانات المصورة والخاصة بكل فرد :

حيث يتم تسجيله إذا كان أحد أفراد العينة مشاركا في النشاط المصور المكلف به طبقا للصفحة المفتوحة أمامه في جدول بياناته ، مثلا لو كان فردا يبنى بالوحدات الخشبية وكانت كراسته مفتوحة على صفحة تعرض صورة للعمارات الخشبية فهذا يكون أداء جيد وكذلك تم قياس المتغيرات المستقلة المتمثلة في: -

أ-التواصل اللفظي (التعليمات اللفظية- الأسئلة- عبارات المدح) ، التواصل غير اللفظي (الإشارة- الإيماءة- الحركة) .

ب-التعزيزات الجسمية : تتمثل في توجيه رأس المتعلم نحو المواد، مسك يده لجلب الشيء المطلوب .

واستخدام تصميم تجريبي متعدد لتحديد تأثير بيانات النشـــاط المصـــور علـــى الأداء الوظيفي والأداء على مستوى البيانات لأفراد العينة من خلال عمليات التعلم والتدعيم وإعـــادة الترتيب والتعميم، واستخدم الإرشاد المتدرج في البداية لتوضيح الأعمال والأنشـطة المحـددة بالجدول المصور لكل فرد بالإضافة إلى التعزيزات المناسبة والتي تم اختزالها تدريجيا حتـــى نصل إلى الاستغناء نهائيا عنها بدون تأثير على ثبات الأداء ، وتنتهي فترة التدريب لكل طفـل عندما يظهر أداء ثابتا بنسبة ٨٠ % على الأقل في خمس جلسات متتالية بعد إزالة التدعيم .

وأظهرت نتائج الدراسة ما يلي :-

١- البيانات المصورة ساعدت أفراد العينة على إظهار سلوكيات وظيفية معقدة وأنهم نادرا مـا يظهرون أو ينشغلون بسلوكيات غير مقبولة أثناء ممارسة العمل .

٢- استخدم الإرشاد المتدرج لمنع الأخطاء والوقفات الطويلة التي قد تعطل سلسلة الاستجابات المراد تعلمها .

٣- استخدم عدد قليل من المعززات اليدوية لمساعدة أفراد العينـــة علـــى متابعـــة الجـداول المصورة، وبعد فترة استطاع الأولاد الاستمرار في العمل بدون معززات كما اســـتطاعوا تعميم المهارات المكتسبة في أنشطة ومواد جديدة بدون تدريب إضافي .

٤- بانتهاء فترة التدريب كان أفراد العينة قادرون على عمل مجموعة متنوعة مـــن الأعمـــال التي تتطلب إعادة التدريب وكذلك الأنشطة اليومية الوظيفية .

ونستخلص من هذه الدراسة أن النشاط الجدولي المصور الذي تم تعلمه بالإرشاد المتـدرج أصبح منبه مميز ووظيفي عزز الارتباطات المدعمة بعد انتهاء التدريب ونمـــى الاســتجابات المعممة حتى أصبحت أنشطة جديدة تمارس بمواد جديدة .

ودرس **تالول وأخرون** Tallal , et als (١٩٩٨) طبيعة العجز في تعلم اللغة وكيفيـــة علاجـــه لدى الأطفال الاوتيستك ، فقد أشاروا بأن المؤشرات الضرورية في الموجات الصوتية للحديـث الخاصة بإيقاف أو استمرار المحادثة تقدم لنا معلومات هامة للتعرف علي كيفية عمل وقفـــات مناسبة في إشارات الحديث المستمر . وأن معدلات الإدراك المؤقت هي السبب الرئيسي فـــي عمل وقفات أو تقطيع في المحادثة مما ينتج عنه قصورا واضحا ومحددا في تعلم اللغة ، كمـــا أن العجز أو القصور في العمليات الصدغية يكون أكثر ارتباطا بظهور فروق واضحـــة فـــي معدلات الصوت والمحادثة ، والقصور في القدرة على المحادثة لدى هؤلاء الأطفال .

وأشارت دراسات رسم الخلايا الأحادية الكهروفسيولوجية للقشرة الحسية بالمخ بأنــــه يمكــن تعديل الدوائر العصبية بعد إجراء تدريب على الإدراك المؤقت .

وتم دمج هذين الاتجاهين للبحث مؤخرا في سلسلة دراسات حول عجز العمليات المؤقتة والتي تظهر في (LLI) Language-based learning impairments القصور الرئيسى في تعلم اللغــة ، عما إذا كان يمكن تعديله عن طريق تدريب تكيفي يهدف إلـــى خفــض عتبــات الإحســاس المتكاملة الصدغية ، وفي نفس الوقت تم تطوير برنامج كمبيوتري لتوسيع وتعزيز الوقفــات الصوتية المتغيرة والمختصرة بسرعة في الحديث المتصل . وتم استخدام ذلــك فــي إجــراء تدريبات تخاطبيه ولغوية مكثفة لهؤلاء الأطفال ، وقد أشارت النتائج إلى ما يلى :-

١- حدث تحسن كبير في عتبات الإحساس المتكاملة الصدغية .

٢- حدث تحسن للقدرات على استيعاب أو فهم اللغة والمحادثة عنــد الأطفـــال ذوي العجــز الرئيسي في تعلم اللغة .

٣- دراسات تناولت أساليب تخفيف الاضطرابات الاجتماعية لدى الأطفال الاوتيستك :

يعد التدريب على المهارات الاجتماعية أفضل تـــدريب ملائم للأطفــــال الذيــن تبدو صعوباتهم مع أقرانــــهم نتيجة لنواحي العجز في كفاءة التفاعـــــل البيــن شخصي .

فقد اهتمت العديد من دراسات التدريب على المـــهارات الاجتماعيــة بالأطفــال المنســحبين اجتماعيا والمنعزلين عن أقرانهم،وتشير هذه الفئة بصفة عامة إلى الأطفال الذيـــن يتجنبــون أقرانهم في أنشطتهم أو الذين يفشلون في تفاعلاتهم مـــع الآخريــن ، ومـــن الاضطرابــات الاجتماعية التي يظهرها الاوتيستك بصفة خاصة عدم الميل إلى اللعب الاجتماعي ، تجنــب اتصال العيون، صعوبة تقليد الآخرين، إزعاج الآخرين بالصوت العالي والصـــراخ، إفســاد ممتلكات الغير، إظهار بعض السلوكيات النمطية الشاذة غـــير المقبولــة اجتماعيـا ، وهــذه السلوكيات تتصدى لها الدراسات العلاجية والتدريبية التالية:-

استخدم هيلم دافيد Helm , david (١٩٨٩) علاجا سلوكيا لتقوية التفـــاعلات البيــن شخصية لدى الطفل الاوتيستك الذي يتراوح عمره الزمني بين (١١-١٣) سنة وركز الباحث على معرفة التاريخ التطوري للطفل وكافة البيانات التي تثبت انتمائه لفئة الاوتيزم .

فقد طبق عليه معايير التشخيص اللازمة، وبعد ذلك طبق عليه البرنامج العلاجي الــذي يرتكز على تعزيز القوى النفسية للطفل لتوطيد العلا قه العاطفيــة الإيجابيــة التــي تربطــه بالآخرين وخاصة الأسرة ، وبعد ذلك تم التركيز على تنميـــة الإدراك اللغـــوي والحركـــي

والمهارات الاجتماعية لديه ، بالإضافة إلى توجيه وإرشاد أسرته بكيفية التفاعل الإيجابي معه، وقد أشارت نتائج تقييم البرنامج العلاجي المقدم للطفل إلى :-

١- حدوث تحسن واضح وملحوظ في الوظائف الاجتماعية والانفعالية لدى الطفل ، وظهر هذا التغير بوضوح في مشاعر الابتهاج والحب والحنان التي بدأت تظهر على وجه الطفل.

٢- انخفاض نسبة حدوث الإصابات الناتجة من العدوان الموجه إلى الذات .

٣- حدوث تغيير إيجابي في سلوكيات الطفل وقواه النفسية والعاطفية .

ودرس **نيومان** Newman (١٩٨٧) دور المدعمات المادية في اكتساب وتعميم التواصل الاجتماعي اللفظي لدى الأطفال الاوتيستك وذلك بتقديم برنامجا علاجيا لأربعة من الأطفال الاوتيستك ويعتمد هذا البرنامج على تعليم الأطفال الإجابة على السؤال : ماذا تريد ؟ بالإضافة إلى الإجابة على خمسة أسئلة أخرى مرتبطة بموضوعات مختلفة تهم أطفال العينة . وقد اختلفت جلسات التدريب طبقا لنوع التدعيم المناسب للاستجابة الصحيحة ، وكذلك طبقا لشروط التدريب هل هي وظيفية أم غير وظيفية ؟

وأظهرت نتائج تقييم البرنامج ما يلي : -

١- الأطفال الاوتيستك ذوى الأداء السلوكي الضعيف كان اكتسابهم للاستجابات الصحيحة أفضل في حالة التدعيم المادي .

٢- القدرة على التعميم لدى أطفال العينة.كانت أفضل في حالة التدعيم المادي إذا قورن بالتدعيم المعنوي .

٣- من أهم الآثار الإيجابية للتدعيم مساعدة الأطفال الاوتيستك على تركيز الانتباه على الإجابات الصحيحة دون غيرها .

٤- كما تشير النتائج إلى أهمية استخدام المدعمات المادية في تحسن مهارات التعلم لدى الأطفال الاوتيستك .

نظراً للسلبية الاجتماعية التي يظهرها الاوتيستك والمتمثلة في العزوف المتكرر عن الاشتراك في أية تفاعلات اجتماعية ، فقد اهتم **كوجل وآخرون** Koegel, et als (١٩٨٧) بتغيير السلوك الاجتماعي لدى الأطفال الاوتيستك من خلال مشاركتهم في أنشطة اللعب المتميزة .

وتم ذلك على عينة قوامها (١٠) أطفال منهم (٤) ذكور ، (٦) إناث ، يتراوح العمر الزمني لهم بين (٤-١٣) سنة ، توافرت فيهم خصائص الاوتيزم التي حددها المجتمع الدولي للأطفال والراشدين الاوتيستك كما جاءت في Ritvo, freeman, 1978 ، لديهم تخلف عقلي وكان العمر العقلي لهم على اختبارات الذكاء الأساسية ستانفورد بنيه، مريل بالمر M e rril-Palmer يتراوح بين (٥ سنوات و ٣ أشهر- ٨ سنوات) وهذا يكافئ نسبة ذكاء تتراوح بين (١٠ – ٧٥) درجة، العمر الاجتماعي لأفراد العينة على مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي يقع في المدى (١,٦ – ٧,٤) سنة ، ثلاثة من أفراد العينة يظهرون تواصلا غير لفظي بسيط ، أما الآخرون فيظهرون ترديدا للكلمات وتواصلا لفظيا عرضيا أو موقفيا، بالإضافة إلى ذلك فكل أفراد العينة لديهم سلوكيات رعاية الذات ضعيفة ، كما يظهرون نوبات غضب متكررة واستثارة ذاتية .

وجهز الباحثون حجرة اللعب بمجموعة مبعثره من اللعب على الأرض ويوجد بها مرآة كبيرة وكاميرا لتصوير نشاط الطفل، وتحددت جلسات التفاعل بين الأطفال والمدرب ، وعليه أن يغير اللعب من الطفل كل دقيقة ، وتستمر الجلسة لمدة (٩) دقائق وقد حدد الباحثون السلوكيات المرفوضة اجتماعيا بأنها السلوكيات التي تحد أو تختزل زمن التفاعل بين الطفل والمدرب ومن أمثلتها :-

عدم الانتباه إلى المثير المقدم (بمعنى النظر مرة إلى المدرب ومرة أخرى إلى اللعبة بدون تركيز) ، الابتعاد عن المدرب ، دفع المدرب بعيدا عنه بشدة ، رفض اللعبة التي يقدمها المدرب، شدها بقوة من المدرب ، عدم النظر في عين المدرب ، غلق العينين ، عدم الاستجابة للتحية أو الاقتراب من بعضهم البعض ، وقد حاول المدرب دمج الطفل في أنشطة اللعب المتنوعة بكافة الأساليب الممكنة، وأشارت نتائج التقييم إلى وجود ارتباط سلبي بين الأنشطة الملائمة التي يصدرها الطفل والسلوك المرفوض اجتماعيا.

وتوصل الباحثون إلى أنه يمكن التحكم في السلوكيات المرفوضة اجتماعيا التي يصدرها الاوتيستك من خلال أنشطة اللعب كما أن الممارسة اليدوية للأنشطة تفيد في علاج السلبية الاجتماعية الشديدة – التي يتسم بها الاوتيستك – وتنمى مهارة بدء التواصل مع الأخر.

وباستخدام فنيات متعددة للتدريب على المهارات الاجتماعية البين شخصية تمكن تاراس وآخرون Taras,et als (١٩٨٨) من تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لدى اثنين من الأطفال الاوتيستك ، وهدفت هذه الدراسة إلى :-

١- تخفيف حدة اللوازم المتكررة .

٢- تغيير الانفعالات غير الملائمة .

٣- تعديل محتوى المحادثة ليلائم الموقف .

٤- تحقيق تواصل بصري عن طريق تقليد النموذج ، التدريس ، التغذية الرجعية ، لعب الدور ، الإعادة والتكرار والتدعيم المادي والاجتماعي .

وبتطبيق مقاييس الذكاء والسلوك التوافقي على أفراد العينة كانت نتائجها كالتالي :-

١- لوسى عمرها الزمني (١٠) سنوات، نسبة الذكاء لديها تتراوح بين (٣٥-٤٩) ، درجاتها المعيارية على مقياس فاينلاند للسلوك التوافقي كانت (١,٩) سنة في التواصل ، (٢) سنة في مهارات الحياة اليومية ، (١) سنة في التنشئة الاجتماعية ، (١,٦) سنة في المهارات الحركية، كما توافرت لديها معايير الاوتيزم التي جاءت في (DSM-III) ولديها فرط فى النشاط ويعتبر ترتيبها الميلادي الوسطى فلها أخ أكبر منها وأخر أصغر منها .

٢- تيد عمره الزمني (٩) سنوات ، لديه تخلف عقلي متوسط ، ودرجاته على مقياس فاينلاند (١,٨) سنة في التواصل ، (٣,١) سنة في مهارات الحياة اليومية ، (١٠) شهور في التنشئة الاجتماعية ، (٢,٦) سنة في المهارات الحركية ، وهو طفل وحيد ولم يتلق أي علاج سابق ولديه صعوبات ومشاكل مدرسية ويتميز بحدة الطبع و المزاج في المنزل .

ويصف الباحثون حجرة المعالجة : بأنها متوسطة الاتساع وجيدة التهوية والإضاءة ، وبها ثلاثة كراسي كبيرة منجدة ، أريكة تشبه سرير الكشف ، مرآه تغطى أحد حوائط الغرفة ، وكاميرا فيديو، وحدد الباحثون السلوكيات المراد علاجها عند أطفال العينة قبل البدء في تنفيذ البرنامج .

فعند لوسى :-

١- محتوى المحادثة : لأنها (تردد الكلمات ، إجاباتها غير مرتبطة بالأسئلة ، كلامها دائما عن الكرتون) .

٢-الجلسة غير الصحيحة على المقعد وإدارة رأسها شرق رأس المعالج .

٣-التواصل بالعين .

٤- الانفعالات .

٥- الإصرار على تنفيذ الروتين اليومي .

٦- شذوذ السلوك الاجتماعي .

تيد :-

١- التواصل بالعين ٢- محتوى المحادثة

٣- الانفعالات ٤- السلوك الاجتماعي

استغرقت الخطة العلاجية مع لوسى (٩) جلسات للسلوكيات الأربعة الأولى ، (١٧) جلسة في السلوكيات (٥ ، ٦) ، أما تيد فقد استغرقت خطته العلاجية (٥) جلسات للسلوكيات الأولى والثانية، (٢٤) جلسة للسلوكيات الثالثة والرابعة .

ومن أمثلة الأسئلة التي وجهت لأطفال العينة خلال البرنامج و تم تدريبهم للإجابة عليها :-

كيف حالك اليوم ؟° ما اسم أمك ؟ ما لون التيشرت ؟° ما اليوم ؟° ما حالة الجو اليوم ؟ كم عدد أخواتك ؟ هل تحب الذهاب إلى المدرسة كل يوم ؟ ما اسمك ؟° ما اسم مدرستك ؟ ما هي أنواع الأشياء التي تحبها ؟ مع ملاحظة أن أسئلة البنت تحمل علامة (°) .

وأسفرت نتائج تقييم البرنامج العلاجي إلى حدوث تحسن في السلوكيات التالية :-

التواصل بالعين ، الجلسة المناسبة ، المهارات الاجتماعية المناسبة ، مشكلات اللغة وخاصة المحادثة وتكرار الحديث والانفعال الملائم .

كما تشير النتائج إلى تحسن مهارات التواصل ، والجدير بالذكر أنها لم تؤكد على تعلم كلمات جديدة أو التعبير الواضح ولكنها تؤكد على تعلم المهارات اللفظية وغير اللفظية التي تجعل الأطفال أكثر اجتماعية .

وفي دراسة أخرى **لكوجل وآخرون** Koegel , et als (١٩٩٢) عن تحسن المهارات الاجتماعية واختزال السلوك المضطرب لدى الأطفال الاوتيستك باستخدام تكنيك إدارة الذات Self – Management ، فقد أجريت هذه الدراسة على أربعة من الأطفال الاوتيستك

يتراوح العمر الزمني لهم بين (٦-١١) سنة ،وافترض الباحثون أن تكنيك إدارة الذات له تـأثير قوى على تحسن الاستجابات لبدء المحادثة التي يصدرها الآخرون ، كما أنه يفيد في تقديــــر الاستجابة الملائمة للموقف سواء في الجماعة أو المنزل أو المدرسة وذلـــك بـــدون وجـــود المعالج .

فقد حدث من خلال تدريب الذات على إدارة شئونها وانتقال أثـــر التعليـــم مـــن خـــلال التواصل اللفظي تحسن في المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق تواصل ناجح مـــع الجماعـــة وكذلك اختزال في السلوكيات المرفوضة اجتماعيا .

ونظرا لأن **كوجل وفريا** (١٩٩٣) من المهتمين بتحســـن الســـلوك الاجتمـــاعي لـــدى الاوتيستك ، فقد استخدما العلاج السلوكي لتنمية المهارات الاجتماعية خاصة سلوك التواصـــل الاجتماعي غير اللفظي المتمثل في نظرات العيون والإشارات والتلميحات غير اللفظية لتحســن السلوك الاجتماعي لدى اثنين من الأفراد الاوتيستك .

وتم تشخيص أفراد العينة بمعايير المجتمع الأمريكى للاوتيزم التي جـــاءت فـــي R itvo , Freeman (١٩٧٨) وكذلك معايير (DSM- III) ، كما أنهم حصلوا على نسبة ذكاء لا تقل عن (٧٠) .

و لا توجد لديهم عيوب خلقية ، وإن وجدت لديهم إعاقة فتكون بسيطة تقترب مـــن المســـتوى الطبيعي .

- **اندرى** : عمره الزمني (١٣) سنة في الصف السادس من فصول التربيـــة الخاصـــة ، نسبة ذكائه على مقياس وكســـلر (١٠٣) ، العمليـــة (١١٢) ، اللفظيـــة (٩٤) ، الدرجـــة المعيارية على اختبار رسم الجسم الصغير المعدل (٨٨) وتمثل مستوى أقل مـــن العمـــر الزمني بعام واحد .

وحصل في مقياس فاينلاند للسلوك التوافقي على الدرجات المعيارية التالية :

(٦٤) في التواصل ، (٦٥) الاجتماعية ، (٤٦) الحياة اليومية ، (٥٤) الســـلوك التكيفـــي ، وكان يصدر أصواتا عالية جدا عندما يحاول أحد إيقافه عن النشاط الـــذي يمارســـه مثـــل الألعاب الغنائية أو عمل تصميم لمطعم .

- **تشيرز** : عمره الزمني (١٦) سنة في الفصل الثامن الدراسي ، نسبة ذكائـــه علـــى اختبار بنيه تتراوح من (٦٠ - ٩١) بمتوسط قدره (٧١) ، ودرجاتـــه المعياريـــة علـــى اختبار فاينلاند للسلوك التوافقي : (٤٣) في التواصل ، (٤٨) الاجتماعيـــة ، (٤٧) الحيـــاة

اليومية ، (٤٢) السلوك التكيفي ، يفضل البقاء في حجرته ، لديه اضطرابات لغوية وصعوبات شديدة في المهارات الاجتماعية ، لكنه يستمتع بالألعاب الموسيقية ولديه ذاكرة قوية يمكنه من خلالها تذكر أي شخص قابله واليوم الذي تمت فيه المقابلة خلال عام كامل.

وبعد تقدير وتحديد السلوكيات المراد علاجها عند أفراد العينة ، كان اندرى يظهر (السلوكيات النمطية – حدة الصوت – التعبيرات غير الملائمة بالوجه) .

أما تشيرز فكان يظهر (عدم تواصل بالعين ، إصدار سلوكيات نمطية ، مصاحبة السلوك بحركات غير ملائمة للموقف) .

وبناء على التراث السيكولوجي وتقارير الأباء والمدرسين فقد ركز الباحثان على متغيرات التواصل الاجتماعي المتمثلة في (تعبيرات الوجه ، نظرات العيون ، الطرق المصاحبة للسلوك مثل الترديد وحركات أحد أطراف الجسم بطريقة ما ، شدة الصوت ، استمرارية نفس موضوع الحديث) ، وتم استخدام تكنيك إدارة الذات في جلسات البرنامج كي تتيح الفرصة لتفاعل الطفل مع رفيقه غير المعوق الذي يقدم له على أنه صديق يرغب في الحديث معه لمدة قصيرة تقدر بحوالي خمسة دقائق ، وكانت جلسات التفاعل تتم في مواقف تواصلية طبيعية (المطعم – الحديقة) .

أشارت نتائج التقييم إلى :-

١- حدوث تحسن واضح في السلوكيات الاجتماعية المقصودة وكذلك تغيرات عامة في السلوكيات التي لم تعالج ، وهذه التحسينات كانت مطابقة لتقديرات الملاحظين المرتفعة عن التفاعلات الاجتماعية بين الأطفال الاوتيستك وغيرهم .

٢- الأفراد الاوتيستك ذوى المستويات الراقية (الإعاقة الخفيفة) لديهم القدرة على تعديل سلوكيات التواصل الاجتماعي خلال تفاعلات المحادثة .

٣- حدوث تحسن ملحوظ في التفاعل مع الأقران والاندماج الاجتماعي والنمو الاجتماعي لدى الأطفال الاوتيستك .

وتوحي النتائج بأن المشكلات الخاصة بالمهارات الاجتماعية لدى الأطفال الاوتيستك يمكن معالجتها ، ومن خلال التعرف على طبقات الاستجابة لسلوك التواصل الاجتماعي يمكن بسهولة فهم السلوك الاجتماعي لدى الأطفال الاوتيستك .

باستخدام النمذجة استطاع كل من كرانتز و ميكلننــــهان K rantz , McClannahan (١٩٩٣) تعليم الأطفال الاوتيستك بدء التفاعل مع الآخرين و مع بعضهم البعض .

فقدم الباحثان نموذجا مكتوبا للتعليمات المراد تنفيذها والتي تدور حــــول الأنشــطة المســتقلة والجارية والمكتملة حديثا لأربعة من الأطفال الاوتيستك ، تم تدريبهم في معهد برنستون لتنميـة الطفل لمدة خمس ساعات ونصف يوميا بواقع خمس أيام في الأسبوع لمــدة تراوحــت بين (٥-٨) سنوات وقد توافرت معايير الاوتيزم التي جاءت في (DSM-III- R) في الأطفـــال الأربعة بالإضافة إلى ذلك فقد أعيد تشخيصهم بواسطة اثنين من المتخصصيــن فــي دراســة الاوتيزم يعملون خارج المعهد .

١- **كاتي :** عمرها (١٢) سنة ، استمرت في البرنامج لمدة (٨) سنوات ، عند قبولــها فــي البرنامج كانت لا تتكلم ، تظهر نوبات غضب ، ومعدل مرتفع مــن إيــذاء الــذات ، عمرهــا اللغــوي علــى اختبــار (PPVT) يكــافئ (٥,١) ســنة أمــا اختبــار ودكــوك للقــــراءة Woodcock Reading Masteryres (W.R.M.T) فحدد مستوى القراءة لديــها بأنــه يكــافئ الدرجة (٩,١) ، وحصلت عل درجة أقل من (٥٠) في اختبارات مكارثى Mccarthy ودرجتــها على مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي تقدر بحوالي (٥,٢) سنة .

٢- **مايك :** عمره (١٢) سنة ، استمر في البرنامج لمدة (٥ سنوات) ، عند اشـــتراكه فــي البرنامج لم يكن لديه لغة تعبيرية - يظهر ضحك وعويل وبكاء مستمر وبدون سبب ، يفضـــل الانعزالية عن الآخرين .

درجاته على (PPVT) تكافئ (٥,٤) سنة وعلى اختبار ودكوك (٨,١) وعلى اختبار مكــارثى أقل من (٥٠) وعلى فاينلاند تكافئ (٥,١) سنة .

٣- **والت :** عمره (١٢) سنة استمر في البرنامج لمدة (٥) سنوات عنــد اشــتراكه أظـــهر سلوكيات عدوانية تتركز في إيذاء الذات والآخرين كالخبط ، والضرب ، والقرص ، والرفــس ، الضرب بالرجل ، حركات جسدية نمطية ، عدم الإحساس بالخطر فيحــاول القفــز خــارج السيارات المتحركة ورمى الأشياء على الموقد المشتعل .

درجاته على (PPTV) تكافئ (٤,٩) سنة و على ودكوك للقراءة (١,٥) وعلى فاينلاند تكــافئ (٥,٤) سنة وحصل على درجات أقل من (٥٠) في اختبار مكارثى .

٤- روسى : عمره الزمنى (٩) سنوات استمر في البرنامج لمدة (٥) سنوات عند اشتراكه أظهر : ترديد للكلمات ، لم يستطيع التحدث بلغة تلقائية مناسبة ، لديه قصور في مهارات التواصل ، التلامس الجسدي و أظهر سلوكيات نمطية متكررة .

حصل على الدرجات التالية : في اختبار (PPVT) (٤,٤) سنة ، اختبار ودكوك (١,٦) سنة ، مقياس مكارثى أقل من (٥٠) ، فاينلاند (٤,٦) سنة .

وبتطبيق اختبار وكسلر المعدل (WISC-R) على أطفال العينة فكانت نسبة الذكاء اللفظي لهم بالترتيب (٥٠ ، أقل من ٤٥ ، أقل من ٤٥ ، ٤٩) أما نسبة الذكاء الكلية فكانت بنفس الترتيب السابق (٤٩، ٤٩ ، ٤٦ ، ٤٨) ومن السمات المشتركة بين أطفال العينة أن لديهم عجزا في مهارات بدء المحادثة ومهارات التواصل ، أما المهارات الأكاديمية والاجتماعية وشغل أوقات الفراغ فكانت ضعيفة جدا لديهم أو تكاد تكون غائبة .

وتم تدريب المشتركين في البرنامج على كيفية تتبع الجدول المكتوب و تنفيذ ما يتضمنه من أنشطة، وقد صمم لكل طفل جدول بما يتناسب مع خصائصه ، فمثلا كاتى كان جدولها يتضمن (شنطة كتب – مرآه – الواجب المنزلي – كمبيوتر) ويهدف إلى أنها تحصل على شنطة الكتب في بداية اليوم الدراسي ثم تنظر إلى المرآة لتصفف شعرها وتهندم منظرها ثم تصحح الواجب المنزلي من خلال التمرين على الكمبيوتر .

واعتمدت الخطة الأساسية في البرنامج أثناء اليوم الدراسي من الأنشطة الفنية : الرسم ، التلوين ، الدهان ، وتجهيز الخامات الفنية اللازمة لتنفيذ العمل الفني المكتوب في الجدول لكل طفل ،والذي يتطلب منه أن يتحدث كثيرا عن رسمه ، ولكي يتأكد المدرس أن المشتركين مدركين لهذه الأوامر يقف خلف كل طفل و يرشده من حين إلى آخر (يدويا) مشيرا لكل أمر بالقلم الرصاص على طول النص وهذا ربما يشجع الطفل على قراءة التعليمات بصوت مرتفع ، وقد يستخدم المدرس تشجيع لفظي في الجلسات الأولى من البرنامج مثل " قراءة أول كلمة من الأمر" وإذا فشل الطفل في الاستجابة فيقول المدرس "افعل" وبعد ذلك تستبعد التشجيعات اللفظية بعد قراءة التعليمات ، ويقف المدرس في مؤخرة الفصل ليتيح الفرصة لتفاعل المشتركين مع بعضهم البعض .

والتحقت كاتى ووالت بجماعة العلاج المنزلي المنعقدة لهذا البرنامج ، بينما مايك ، وروسى فقد أكملوا اليوم مع أسرهم الحقيقية والتحقوا بالفترة الصباحية فقط للبرنامج وبعد خمس سنوات من المشاركة في البرنامج أظهرت نتائج تقييم المشاركين بأنهم :-

١- أصبحوا أقل عدوانية وإيذاء للذات وانخفضت أو قلت الاستجابات النمطية والشـيزوفرونية لديهم كما أنهم اكتسبوا بعض المهارات الأكاديمية الأولية .

٢- اكتسبوا تطورا في اللغة التعبيرية الوظيفية ، والقدرة على الاستجابة اللفظية عند مخاطبـة الكبار لهم .

٣- تعلموا تتبع الجداول المكتوبة عندما يعاد ترتيبها أو يضاف إليها محتويات جديدة خاصـة بالرسم والتلوين والدهان ، أما الأمر (تحدث كثيرا) لم ينفذ كما يجب .

٤- كانت معظم مبادأتهم للتفاعل مع الآخرين عبارة عن أسئلة لمعلومات شخصية مثل متـى يكون عيد ميلادك ؟ ما المدرسة التي تذهب إليها ؟ ما البرنامج التلفزيوني المفضل لديك؟

وخلص الباحثان بأن نموذج التعليمات المكتوبة مكن الأطفال الاوتيستك ذوى العجـز اللغـوي والاجتماعي من ممارسة حوار خاص مع الأقران ، ساعدهم على بـدء التفـاعل الاجتمـاعي المناسب

أما تكنيك إدارة الذات فقد ظهرت فعالية استخدامه في تحسين السلوك الاجتمـاعي لـدى الأطفال الاوتيستك من خلال دراسات كوجل وآخرون (١٩٩٢ ، ١٩٩٣) .

ولذا فقد استخدمه كل من **بيرس وسكريبمان** Pierce , Schreibman (١٩٩٤)

لتعليم الأطفال الاوتيستك مهارات الحياة اليومية باستخدام الصور ، وقد هدفت دراستهما إلى:

١- تحديد العناصر التقليدية لإدراك الذات والمتمثلة في (القدرة علـى اختيـار المعـززات ، مراقبة الأداء ، تقييمه والتحرر من التدعيم) باستخدام الصور .

٢- اختبار القدرة على ضبط المثيرات من خلال الصور.

٣- دراسة التغير المصاحب للسلوك .

٤- تقييم مدى المحافظة على السلوك المتغير بعد انتهاء فترة العلاج .

٥- تقييم القدرة على التعميم .

وتكونت عينة الدراسة من ثلاثة أطفال تم تشخيصهم بمعايير الاوتيزم التي جاءت فـي DSM-III-R وكانت مهارات التعبير اللغوي لديهم محدودة طبقا لتقارير آبائهم والملاحظين .

١- **جون** : عمره (٨) سنوات ، الدرجة المعيارية له على مقياس (PPVT) أقل مـــن (٢٠) وتكافئ عمر عقلي (٢,٢) سنة ، ودرجاته على مقياس فاينلاند للسلوك التوافقي كـــانت (٣٨) وأظهر تعثر في اختبارات الذكاء اللفظية ، كما كان يحـــدث ضوضـــاء بصـــوت عـــالي ولا يستجيب لأي أمر كأنه لا يفهم ما يقال لكنه يعبر فقط بالإشارات والإيماءات .

٢- **هوارد** : عمره (٩) سنوات ، ودرجاته المعيارية(٣٢) على (P PVT) تكافئ عمر عقلي (٣,١) سنة ، نسبة ذكائه (٤٣) على مقياس بنيه ، (٥٤) على مقياس السلوك التوافقي لفـــاينلاند حيث كانت مهارات الاستقبال اللفظية لديه جيدة ، لكن الكلام التعبيرى لديـــه كـــان محـــدودا ويقتصر على السؤال عن الطعام أو الألعاب ، وترديد ما يسمعه .

٣- **روبى** : عمره (٦) سنوات ، درجاته المعيارية على (PPVT) أقل مـــن (٢٠) وتكـــافئ عمر عقلي (٢,٤) سنة ، درجاته على مقياس السلوك التوافقي لفاينلاند (٥١) ، نســـبة ذكائـــه على مقياس بنيه (٤٨) ، لديه عجزاً في التعبير اللغوي يتمثل في الترديد المتكرر وتحدث لـــه استثارة ذاتية بضرب اليد .

وقد تم التدريب على نوعين من المواقف :-

أ - المواقف الكلينيكية وتتم في حجرة معدة لذلك : مكونه من منضدة مستطيلة ، ٢ كرســـي ، سرير ، منضدة صغيرة ، مجموعة كتب صغيرة ، وألعاب متعددة ، مرآه كبيرة علـــى أحـــد الحوائط .

ب- المواقف المنزلية تتم في المطبخ أو حجرة النوم .

وتم تدريب جون و هوارد على المواقف المنزلية فقط أما روبى فقد تم تدريبـــه علـــى الموقفين معا. ومن السلوكيات الهادفة التي اختيرت للتدريب بنـــاء علـــى ملاحظـــات الأبـــاء والباحثين عند جون : مهارات اللبس والخلع (التيشرت ، البنطلون ، الشـــراب والحـــذاء) ، تجهيز وجبة خفيفة ، غسل الملابس .

وعند هوارد : اللبس والخلع ، ترتيب السرير، تجهيز مشروب سريع .

روبي : الرد علي التحية والاستقبال ، اللبس والخلع ، تجهيز وجبة خفيفة .

وكان زمن الجلسة حوالي ساعة ونصف تقريبا وسجلت السلوكيات غير الهادفـــة مثـــل ايـــذاء الذات ، الترديد المتكرر للألفاظ وأشارت النتائج إلي :-

١- ظهور مكونات إدارة الذات مثل انتقاء المعززات ومراقبة وتصحيح الأداء والتحـــرر مــن التدعيم .

٢- نجاح الأطفال الاوتيستك في استخدام الصور لتعديل السلوك بدون المعالج والقدرة علـــي تقييم السلوك المتعلم في المواقف والأنشطة التي لم يتم التدريب عليها .

٣- محافظة أفراد العينة علي التغير الحادث في السلوك في فترات المتابعة بعد العلاج .

٤- اختزال واضح في السلوكيات النمطية وازدياد معدل السلوك العملي لدي أطفـــال العينـة باستثناء هوارد فقد عجز عن تجهيز المشروب المطلوب .

٥- عجز الأطفال عن أداء بعض السلوكيات العملية بدون استخدام الكتاب المصور، فيعجـــز روبي عن المشاركة في إحدى السلوكيات العملية بدون الكتاب لكن يكمل اثنين من ثـــلاث سلوكيات بعد فترات المتابعة بدون استخدام الكتاب .

وفي دراستها عن الاتصال الميسر مع الأطفال الاوتيستك قدم مـــايلز وسيمبســـون Myles,Simpson (١٩٩٤) تقييم لفاعلية الاتصال الميسر (Facilitated communication (FC مع عشرة من أطفال المدرسة الابتدائية منهم (٧) ذكـــور و (٣) إنـــاث تـــتراوح أعمـــارهم بيـــن (٦ :١٢) سنة بمتوسط قدره (٩) سنوات ، تم تشخيصهم بواسطة أطباء نفسيين وعقليين وفريق علاجـــى متعدد التخصصات ومدرب لتقييم الأطفال والشباب الاوتيستك .

وقد تم تقدير قدراتهـــم على التعبير اللفظي وغيـــر اللفظي ، فمـــنهم من يفتقد اللغة التعبيرية ، ومنهم من كانت لغته بلهاء أو مقيدة مختلطة بأصوات ليـــس لـــها معنـــى أو لغـــة ترديدية أو الحبسة الأسمية .

ومنهم من لديه عجزاً في التواصل غير اللفظى ، وكان أفـــرد العينـــة لديـــهم عجـــزا اجتماعيا حادا ، وتاريخهم التطوري يوحي بوجود سلوكيات الاستثارة الذاتية لديهم .

كما أن القدرة المعرفية لديهم تقع بين المدى المتوسط والحاد من التخلـــف العقلـــي ، وتعكـــس درجاتهم على اختبار التربية النفسية المعدل Psycho-Educational Profile-Revised (PEP-R) بأنهم معاقون بدرجة كبيرة .

وقد قام بدور الميسرات للتواصل ثمان مدرسات حـــاصلات علـــى شـــهادات التعليـــم الخاص لفئة الاوتيستك ، وحصلت كل منهن على درجة الأستاذية في التعليم الخـــاص ولـــهن خبرة في تعليم الأطفال الاوتيستك لا تقل عن سنتين .

واستغرقت مدة البرنامج ما يزيد عن (١٥) أسبوعا بعدها تم تقييم قدرات التلاميذ المشتركين فأظهرت نتائج التقييم ما يلي :-

١- استطاع العديد من المفحوصين إكمال إجابات بسيطة لأسئلة أو الاستجابة لبعض الأوامر التي تم التدريب عليها .

٢- تحسنت قدرات القراءة والكتابة لدى أفراد العينة خاصة الذين لا يتكلمون .

٣- توصل الباحثان إلى أن الاتصال الميسر له فاعلية في تحقيق التواصل بين التلاميذ الاوتيستك وبعضهم ، وتحسن السلوك الاجتماعي والأكاديمي لديهم ، وكذلك المهارات الحركية والمهنية ومهارات رعاية الذات .

وقد حاول **اسماعيل بدر** (١٩٩٧) اختبار فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد (الاوتيستك) ، وتعتبر هذه المحاولة العربية الأولى (في حدود علم الباحثة) لمعالجة الأطفال الاوتيستك و لكنها ليست على عينة مصرية بل تمت الدراسة على أربعة أطفال ذكور ممن يعانون من مرض التوحد ، تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٥,٦ – ٧,٨) سنة تم تحويلهم من عيادات أطباء أمراض عصبية إلى أكاديمية الحرمين التابعة للسفارة السعودية في إندونيسيا ، فقد أتيح للباحث فرصة تطبيق برنامج العلاج بالحيلة اليومية على أفراد العينة ، وذلك بعد مطابقة الأعراض على قائمة المظاهر السلوكية للأطفال ذوى التوحد (التي قام بإعدادها وتقنينها) واستمر التطبيق لمدة عام دراسي كامل .

ويعتبر العلاج بالحياة اليومية Daily life therapy نموذجا يابانيا لتربية الأطفال ذوى التوحد ، وقد وضعته كيتاهارا Kitahara (١٩٦٤) ويقوم هذا البرنامج على خمسة مبادئ أساسية هي : التعليم الموجه للمجموعة ، تعليم الأنشطة الروتينية ، التعلم بالتقليد ، تقليل مستوى النشاط غير الهادف بالتدريب العملي المكثف ، المنهج المؤسس على الموسيقى والرسم والألعاب الرياضية أو الحركة .

واستخدم الباحث اختبار الإشارة sign test -نظرا لصغر حجم العينة - لمعرفة الفروق بين التطبيقين (القبلي والبعدي) ومدى الدلالة الإحصائية ، وتوصل الباحث إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين التطبيقين القبلي والبعدي وذلك لصالح التطبيق البعدي .

واتضح من نتائج الدراسة مدى فاعلية برنامج العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد ، ويرجع إلى أنه برنامج متكامل يتناول كافة الاضطرابات الخاصة بفئة الأطفال ذوى التوحد .

ويوصى الباحث أنه يجب مراعاة الحاجات والمظاهر السلوكية الخاصة بكل طفل عند تطبيق هذا البرنامج وأن يتلازم في البرنامج العلاجي مساعدة الطفل في الجوانب التالية :-

١- التعبيرات الانفعالية .

٢- المهارات الاجتماعية واللغوية .

٣ - التقليل من الأنماط السلوكية الشاذة .

٤- التركيز على تعليم الأطفال الاعتماد على الذات و الاستقلال في الحياة العامة .

٥- التفاعل الاجتماعي مع الأقران العاديين في الحياة العامة ، في المدرسة ، في النادى والشارع.

٦- ضرورة إرشاد وتوجيه الوالدين لتكملة البرنامج العلاجي.

٧- استغلال النشاط الزائد والحركات غير الهادفة في مهارات فنية كالرسم والموسيقى أو ممارسة الرياضة .

وقد هدفت الدراسة التي قام بها **عبد المنان معمور** (١٩٩٧) إلى استخدام برنامج سلوكي تدريبي يعمل على تخفيف حدة أعراض الاوتيزم المتمثلة في كل من القلق ، السلوك العدواني ، النشاط الحركي المفرط ، ضعف الانتباه وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين وتنمية بعض المهارات الحياتية لدى عينة من الأطفال الاوتيستك تقدر بحوالي (٣٠) طفلا من الملتحقين بمركز أمل للإنماء بجدة ، والذين تم تشخيصهم بواسطة المقاييس النفسية (كونرز١٩٦٩ ، تقييم الطفل المنطوي على ذاته ١٩٩٠) ومقاييس الذكاء (بنيه ، جودارد)، وتتراوح الأعمار الزمنية لأفراد العينة بين (٧-١٤) سنة بمتوسط عمري قدره (١٢٦) شهرا وانحراف معياري (٧٤ و ٢٨) واشتمل البرنامج التدريبي الذي قام الباحث بإعداده على العناصر التالية :-

ارتداء وخلع الملابس - زيادة فترة الانتباه - الأنشطة الرياضية المتمثلة في الجري بين مسافة محدودة - لعبة الكراسي - لعبة الدوائر الملونة .

وقام الباحث بتدريب المعلمين العاملين بالمركز على كيفية تطبيق البرنامج السلوكي على الأطفال، وقد تم تطبيق البرنامج وتدريب الأطفال على فقراته ، حيث استمر التطبيق سنة دراسية كاملة خلال العام الدراسي ١٤١٧ / ١٤١٨هـ وبعد ذلك قام الباحث بتطبيق مقياس كونرز – تقدير المعلم لسلوك الطفل لمعرفة مدى فاعلية البرنامج السلوكي في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم .

وقد أظهرت نتائج الدراسة انخفاض مستوى القلق والسلوك العدواني والنشاط الحركي المفرط لدى أفراد العينة ، وارتفاع مستوى القدرة على الانتباه والعلاقات الاجتماعية لدى العينة .

وهذا يؤكد أن البرنامج التدريبي قد نجح بفاعلية في رفع درجات مستوى الانتباه والعلاقات الاجتماعية للأطفال الاوتيستك ونجح كذلك في تعديل بعض السلوك غير المرغوب فيه وتنمية وتطوير مهارات جديدة يستطيع الأطفال الاوتيستك استخدامها في حياتهم اليومية من أجل إحداث التوافق مع أنفسهم ومع الآخرين .

وعلى عينة تقدر بحوالي (٦) أفراد اوتيستك تتراوح أعمارهم بين (٥-٣١) سنة درس **ايدلسون وأخرون** Edelson , et als (١٩٩٨) إمكانية استخدام جهاز ميكانيكي مساعد لليد لتحقيق تواصل ميسر لدى أفراد العينة ، كما تم تحديد فعالية استخدام هذا الجهاز في مساعدة الأطفال ذوي العجز عن الكلام والمعاقين ذهنيا في الانتقال من الاتصال الميسر إلي الكتابة بدون مساعدة .

وقد أظهر أفراد العينة مهارة تتراوح بين المستوى (المتوسط-العالي) في استخدام الاتصال الميسر قبل التجربة ، وتضمن الاختبار القبلي والبعدي الإشارة إلي أرقام الصور ، الحروف ،كتابة كلمات مفردة على لوحة مفاتيح أو لوحة حروف .

وبعد ثمانية أسابيع من التدريب تم تقييم أداء أفراد العينة في المهام السابقة تحت ثلاثة شروط تجريبية مختلفة هي كالتالي :-

أ- بمساعدة ميسر اتصال ذو خبرة .

ب- بمفرده .

ج- باستعمال الأداة المساعدة لليد .

وقد أشارت نتائج الاختبار البعدي إلى حدوث تواصل بمساعدة الميسر ذو الخبرة ، في حين لم يحقق أفراد العينة أى تواصل مقبول باستخدام الأداة أو بمفردهم .

وبعد ذلك تم أخذ أربعة من أفراد العينة السابقة بالإضافة إلى ثلاثة أخرون وتم تدريبهم لمدة أربعة أشهر إضافية ، ولم تظهر دلائل هامة للتواصل تحت نفس الشرطين السابقين أيضا .

باستخدام المعززات الوظيفية والبديلة استطاع **فيشر وأخرون** Fisher, et als (١٩٩٨) ضبط استجابة الأفراد الاوتيستك أثناء التدريب على مهارات التواصل الوظيفية . ويرى هؤلاء الباحثون أن التدريب على مهارات التواصل الوظيفية يعتبر علاجا شائعا للمشكلات السلوكية بصفة عامة ، ولكن تقل فاعليته عندما لا يستطيع التعبير عن الاستجابة التواصلية الملائمة للموقف أو عندما يتأخر المدعم أو لم يظهر على الإطلاق .

وقد أجريت هذه الدراسة على فردين اوتيستك تم تدريبهم على إصدار استجابات تواصلية مختلفة في الظروف التالية :-

أ- الحصول على مدعم وظيفي عند التوقف عن إصدار السلوك المضطرب في موقف ما (مثل الانتباه في المواقف التي تتطلب الانتباه عند التحليل الوظيفي) .

ب- الحصول على مدعم بديل (مثل الألعاب في مواقف الانتباه للتحليل الوظيفي) .

وبعد ذلك تم تعليم المشاركين طلب المدعم في وجود ظروف مختلفة للمثيرات كالإحساس بالحرمان ، ثم تقييم تأثير مدعمات التواصل المختلفة باستخدام المدعمات الوظيفية والبديلة المتلازمة مع أو بدون اختفاء السلوك المضطرب .

وقد أشارت نتائج التقييم إلى حدوث اختزال أو تخفيف سريع لحدة السلوك المضطرب باستخدام مدعمات التواصل المختلفة (الوظيفية-البديلة) أو أية مدعمات متاحة ، وبصفة عامة فإن التدعيم يمكن استخدامه لتخفيف حدة السلوك المضطرب .

٤- دراسات تناولت دور الأسرة في علاج وتدريب طفلها الاوتيستك :

يمكننا أن نستحضر صورة أسرة الطفل الاوتيستك بكل ما تعانيه من اضطرابات وصعوبات قاسية فرضتها حالة طفلهم المصاب بإعاقة مزمنة مدى الحياة ، ونتيجة لهذه الظروف الصعبة التي تعيشها أسرة هذا الطفل - والتي لا تماثلها ظروف أية إعاقة أخرى - فقد حاولت أسر هؤلاء الأطفال البحث عن وسيلة لحل مشاكلهم خاصة فيما يتعلق برعاية الذات ،والتكيف مع الواقع الاجتماعي المادي ، وكان الحل الأمثل هو مشاركة الأباء مشاركة فعالة في تدريب أطفالهم الاوتيستك وذلك بعد حضور جلسات تدريبية متعددة في كيفية الرعاية الصحيحة لأطفالهم .

وقد اهتم بهذا المجال العديد من الباحثين الذين قدموا نماذج تدريبية لأباء الأطفال الاوتيستك فدرس **شورت اندريو** (١٩٨٠) Short , Anderw نتائج العلاج قصير المدى القائم على مشاركة الأباء في علاج أبنائهم الاوتيستك .

فقد هدف الباحث إلى اختبار فاعلية البرنامج العلاجي قصير المدى الذي قدمه سكوبلر و ريتشلر Schopler , Richler's (١٩٧١) لعينة من الأطفال الاوتيستك تقدر بحوالـــي (١٥) طفلا عمرهم الزمني يقل عن (٨) سنوات ، تم اختيارهم من متابعة الأطفال المحوليـــن إلـــى برامج علاجية مختلفة وكذلك انطباق محكات التشخيص الرئيسية للاوتـــيزم عليـــهم ، فمنـــهم (١٢) ولدا و(٣) بنات ، ومتوسط نسبة الذكاء لديهم (٥٤) أي تتراوح بيـــن التخلـــف العقلـــي الشديد والذكاء العادي ، وتم قياسها بالاختبارات التي تقيس المـــهارات غـــير اللفظيـــة وبعـــد الاختيار الدقيق للعينة ، تم تدريب الأباء للقيام بعلاج أطفالهم الاوتيستك .

وقد افترض الباحث بعض الفروض التي حاول التحقق من صحتهاوتتمثل في : -

١- أن قيام الأباء بدور المعالجين يساعد علي زيادة التفاعل بين الأباء وأطفالـــهم ، وقـــد تـــم اختبار هذا الفرض من خلال المعلومات التي تجمعت عن ملاحظـــة ســـلوكيات الأبـــاء فـــي المواقف التالية : (التوجيه اللفظي - التوجيه بالإشارة - التوجيه البدني - الانتباه الاجتماعي).

٢- يظهر الأطفال سلوكيات مقبولة اجتماعيا كنتيجة للعلاج ، وأختبر هذا الفرض عن طريـــق السلوكيات التي يصدرها أطفال العينة في مواقف (التفاعل الاجتماعي - اللعـــب والعمـــل - الاتصال الهادف) .

٣- يحدث اختزال للسلوكيات غير الاجتماعية التي يصدرها أطفال العينة نتيجة للعلاج ، وتـــم اختبار هذا الفرض بملاحظة أنواع السلوكيات التي يصدرها الأطفال ومنها (استثارة الـــذات - النمطية في اللعب - الميل إلى عدم التفاعل والتواصل) .

٤- ازدياد تكيف الأسرة مع الضغوط الناشئة من سلوكيات أطفالهم الاوتيستك كنتيجة للعـــلاج ،واختبر هذا الفرض من خلال درجات المجالات الأسرية التي تم تقديرها في المقابلة .

واستخدم الباحث تحليل التباين المتعدد لتحليل البيانات الذي أظهر صحـــة وصـــدق الفـــروض الأربعة السابقة كنتيجة معززة للعلاج .

وقدم ميكلنلهان وآخرون M cClannahan , et als (١٩٨٢) ، نموذجا للتدريب الفعال لأباء الأطفال الاوتيستك كمعالجين لأطفالهم ، وتصف هذه الدراسة النموذج الـــذي يجـــب أن يتبعه الأباء في معالجة أبنائهم الاوتيستك ، والذي يمكن الأباء مـــن أداء الخدمـــة والرعايـــة التربوية والمنزلية والأخلاقية لأطفالهم كما يتضمن المشاركة الفعالة المتواصلة بيـــن معـــدي البرامج المنزلية والأباء والتي تتمثل في :-

١- تحديد السلوكيات الهادفة للطفل .

٢- التعرف على المعلومات الأساسية عن حياة الأسرة .

٣- توجيه وتشجيع الأباء على ملاحظة خطوات تنفيذ البرنامج في المدرسة أولا تحت إشـراف معدي البرامج وأساتذتهم .

٤- ضرورة متابعة وملاحظة الأباء أثناء تنفيذ البرنامج في المنزل من خلال شرائط الفيديو .

٥- مداومة الأباء على تسجيل البيانات الخاصة بخطوات تنفيذ البرنامج بمساندة مستمرة مـن معدي البرامج المنزلية .

واشترك في البرنامج (١٦) طفلا يتراوح العمـر العقلـي لـهم بيـن (٢و٢-٨و٨) بمتوسط قدره (٣،٩) سنة ، ويحضر كل طفل حوالي خمس جلسات يوميـة بواقـع سـاعة ونصف الساعة لكل جلسة لمدة خمسة أيام في الأسبوع ، وقد وزع الأطفال في فصول صغيرة بحيث يضم الفصل من (٢ - ٥) أطفال ، ويقوم بالتدريس لهم أخصائيين من ذوى الخبرة فـي الاوتيزم والحاصلين على درجات علمية في التعليم الخاص وعلم النفس ، و يصاحبهم الأبـاء الذين يقومون بتنفيذ خطوات البرنامج في المنزل ، وبعد ضمان حصولهم على قدر ملائم مـن الخبرة يمكنهم القيام بتدريب الأطفال في المدرسة والمنزل معا .

وقد أشارت نتائج تطبيق البرنامج إلى : -

١- أهمية التدريب العملي للأباء والأطفال في اكتساب مـهارات التدريـب المنهجيـة وبنـاء العلاقات الحميمة بينهم .

٢- إقبال الأسرة على المشاركة في أنشطة البرنامج المنزلية ساعد على تقدم أطفالـهم تقدمـا جوهريا من حيث التحكم في المشكلات السلوكية .

وفي عام (١٩٨٤) قدم **ميكلننهان وآخرون** تطويـرا للنموذج السابـق نشره تحت عنوان نموذج الأسرة المعلمة للأطفال الاوتيستك ، وهذا النموذج يشبه البيئة الأسرية الطبيعيـة التي يعيشها الطفل منذ بدء حياته .

فيقيم الأفراد الاوتيستك في منزل جماعي يسكن كل غرفة حوالـي أربعـة أو خمسـة أفراد اوتيستك مع آبائهم المعلمين الذين يتلقون مساعدة تدريبية من اثنين من الأخصائيين فـي

رعاية الاوتيستك ولا يعيشون معهم بصفة دائمة ، ومن المفضل أن يكون أحد الأباء المعلمين لديه بعض الخبرة في رعاية الأفراد المعاقين .

وفي خلال الشهور الأولى لقيام الأباء بأدوارهم الوظيفية الجديدة يكونون في حاجة دائمة لمساعدة الأخصائيين خلال الأوقات الصعبة ، حتى يتعلمون كيفية التعامل مع مشاكل الاوتيستك العديدة .

ويقدم الباحثون وصفا للمنازل العلاجية التي يعيش فيها الأطفال الاوتيستك مع الأباء المعلمين كالآتي : تكون منازل واسعة ذات مزارع ، تصميمها يكون دائريا كى تسمح بملاحظة ومراقبة الأطفال في كل مكان ، تحتوى مساحات خضراء كثيرة ، وحدائق مليئة بالزهور و حمامات السباحة ، أماكن محمية للألعاب .

ويحتوى المنزل من الداخل على أثاث بسيط ، ويكون لكل طفل سرير ودولاب لملابسه ، ومقعد مريح ، ومطبخ للجميع لتناول الوجبات الغذائية سويا ، كي يتم تعليم المهارات السلوكية المصاحبة لتناول الطعام ، ومكان أخر للاستقبال ومشاهدة التليفزيون، ويكون الأباء المعلمين مسؤولين عن تعليم الأفراد الاوتيستك مهارات المعيشة في المنزل والمجتمع المتمثلة في :- اللغة – التفاعل الاجتماعي – أنشطة الراحة والتسلية – رعاية الذات وإدارة شئون المنزل – المشاركة الاجتماعية .

واعتمد الأباء على جداول الأنشطة اليومية في تعليم الأفراد الاوتيستك المهارات المطلوبة ، وذلك بتخصيص أنشطة تعليمية لكل فرد يقوم بأدائها لمدة نصف ساعة يوميا .

ونظرا لكثرة الأعباء الملقاة على عاتق الأباء المعلمين فقد يصابون بالإحباط وعدم الرغبة في الاستمرار لذا كان من الضروري الاعتماد على التغذية الرجعية التي يقدمها مؤسسي البرنامج والقائمين بتدريب الأباء المعلمين ، للتعرف علي قيمة المجهودات التي يبذلها الأباء المعلمين .

واشترك في هذا النموذج (٢٧) شابا اوتيستك ، منهم (٢١) ولدا ، (٤) بنات يتراوح العمر الزمنى لهم بين (٧ –١٧) سنة بمتوسط قدره (١٣) سنة ، طبق مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي على (٢٣) من أفراد العينة فكان الذكاء الاجتماعي لهم يتراوح بين (١٧ – ٦٦) متوسط قدره (٣٥) .

(١٨) فردا من (٢٥) أظهروا سلوكيات عدوانية تتمثل في : الضرب والرفس ، العض ، الخربشة بالأصابع والقرص .

(١٤) انشغلوا بسلوك إيذاء الذات المتمثل في : خبط الرأس – العض – القرص – اللطم .

(١٣) غير قادرين على إصدار استجابات غير لفظية .

(١٩) غير مدربين على استخدام الحمام .

وبناء على التقارير المتعلقة بالالتحاق بمنازل المعالجة ، فمن الضروري تنوع مشكلات الأطفال الذين يعيشون في أسرة واحدة ، فليس من المعقول أن يقوم الأباء المعلمين بخدمة خمسة أطفال عدوانيين ، وخمسة لا يستطيعون دخول الحمام ، لذا فإن جماعة الأطفال الذين يعيشون في أسرة واحدة ، يشترط فيهم أن يتم تجانسهم في العمر اللغوي والأنشطة الترويحية والاجتماعية .

وقد تم تقييم مدى فاعلية البرامج المستخدمة عن طريق الإجابة على التساؤلات التالية :- هل هذا البرنامج مميز – فعال – مناسب للاستمرار أم يتوقف ؟ **هل يوافق الأباء الحقيقيين عليه ؟** .

وقد سجل المقيمون جمل المدح التي استخدمها الأباء المعلمين فكانت بمتوسط (١٤) جملة في الخمسة دقائق وهذه المستويات المرتفعة من المدح يسرت كيفية اكتساب أفراد العينة لمهارات جديدة ، وساهمت في انتشار روح الدفء والعاطفة التي تسود منازل المعالجة الجماعية ، وكان أفراد العينة يزورون منازلهم الحقيقية في نهاية الأسبوع وفي الأجازات والمناسبات ، كما أن آبائهم كانوا يزورونهم باستمرار كلما أمكن وهذا ساعد على تحقيق ترابط قوى بين الأفراد الاوتيستك وعائلاتهم الأصلية .

وساعدت شرائط الفيديو المصممة بالصوت والصورة على تنمية مهارات التحية والمحادثة الاجتماعية والعناية بالذات لدى أفراد العينة ، ومن المشاهد المتعلقة بمهارات التحية (فتح الباب – إلقاء التحية بصوره لفظية "هاى أو ادخل" أو غير اللفظية كالتلويح بيديه) .

أما مشاهد المحادثة الاجتماعية فتضمنت الأسئلة التالية (كيف حالك ؟ ماذا فعلت اليوم ؟ ماذا تحب أن تفعل غدا ؟) .

ومشاهد العناية بالذات تتمثل في (نشاط غسل الأسنان ، تمشيط الشعر) فيقدم المعلم الفرشاة والمعجون والمشط ثم يطلب منه " اغسل أسنانك ثم مشط شعرك ".

وقد أشارت نتائج التقييم إلى أن :-

١- نموذج الأسرة المعلمة حقق تفاعلات اجتماعية فعالة .

٢- تطور استراتيجيات التدريب والإرشاد الموجه للأباء المعلمين يساهم في توفير الجهد والوقت الذي يبذله الأخصائيون ويتيح الفرصة لهم لإنتاج برامج جديدة ، كما يمكن استخدام الأباء المعلمين بعد ذلك كمدربين لأشخاص آخرون .

ويوصى الباحثون بضرورة استمرار الفرد الاوتيستك مشاركا في البرنامج حتى يتم اكتسابه مهارات المعايشة الجماعية .

وعن دور الأمهات في علاج مخاوف الأطفال الاوتيستك كانت دراسة **لوف وآخرون** Lovc, et als (١٩٩٠) التي تم إجراؤها على اثنين من الأطفال الاوتيستك الذين يعانون من مخاوف مرضيه خاصة ، وقد تم معالجتهم باستخدام ثلاثة نماذج تتلاءم مع موضوعات مخاوفهم ، وتعرض هؤلاء الأطفال تدريجيا لمواقف مخيفة في وجود الأمهات اللاتي قمن بدور المعالج والمدعم ، وقد تم الاعتماد على المقاييس التالية :-

١- عدد من المداخل العلاجية ذات الخطوات المكتملة .

٢- تكرار الكلام ومحتواه عن المخاوف .

٣- المظاهر العامة للخوف .

وباستخدام أساليب العلاج السلوكي تمت معالجة هذه المخاوف وأظهر الأطفال فاعلية وظيفية في مواقف الخوف المتنوعة بدون التحدث عن الخوف أو إظهار علامات الخوف ، واستمرت فترات متابعة العلاج لمدة ثلاثة شهور، وعند التقييم أظهر أحد الأطفال الاحتفاظ بتأثير العلاج بينما الطفل الآخر لازال يعانى من بعض مخاوفه .

و قام **كرانتز وآخرون** Krantz , et als (١٩٩٣) بتدريب الأباء على كيفية استخدام جداول الأنشطة المصورة مع أطفالهم الاوتيستك للمشاركة في أنشطة الأسرة ، واعتمد الباحثون في تدريب هؤلاء الأباء على النمذجة – الملاحظة الجيدة – التغذية الرجعية ، واشتملت الأنشطة المصورة على مواقف لوقت الفراغ ، التفاعل الاجتماعي ، رعاية الذات والقيام ببعض الأعمال المنزلية .

واشترك في هذه الدراسة أباء ثلاثة من الأطفال الاوتيستك هم :-

جاك : (٨) سنوات ، جاى (٦) سنوات ، ميلز (٧) سنوات ، وكانت درجاتهم على مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي تكافئ (٩و١، ٢,٢) على التوالي ومن الاستجابات التي تم قياسها خلال البرنامج :

أ - المشاركة في العمل : عرفت بأنها النظر من خلال جداول الأنشطة المصورة للعمل المناسب أو أدوات اللعب أو عمل ميكانيكي أو الانتقال من إحدى الأنشطة إلى الأخرى ، ويتم تسجيلها إذا استمر فيها الطفل لمدة ثلاثة ثوان في الجلسة التي تقدر بحوالي عشرة دقائق .

ب- اضطراب السلوك : يتمثل في نوبات الغضب ، العدوانية ، ايذاء الذات ، النمطية ، ويتم تسجيله إذا استمر السلوك لمدة (١٥) ثانيه في الجلسة التي تقدر بحوالي (٣٠) دقيقه .

ج - بدء التفاعل الاجتماعي مع الآخرين : يتمثل في اقتراب الفرد الاوتيستك من الآخرين والتحدث معهم ببعض الألفاظ أو الكلمات الواضحة الفهم ، أو المشاركة في نشاط أو موقف يتطلب المشاركة ، ويتم تقييم هذا التفاعل خلال فترات الملاحظة التي تقدر بساعتين .

وقد تم تدريب الأباء عن طريق الزيارات المنزلية التي قدرت بحوالي (١٨ ، ٢٢ ، ١٧) زيارة تقريبا على التوالي ، ثم قام الأباء بتدريب أطفالهم على كيفية استخدام الجداول المصورة لتعليم أنفسهم من خلال وصف المواد وإكمال الأنشطة المصورة ، واستغرقت فترات التدريب (٧٤ ، ٩٠ ، ٥٣) ساعة تقريبا على التوالي .

وأشارت النتائج إلى نجاح الأباء في تعليم أطفالهم اتباع الجداول المصورة للأنشطة ، ونتج عن هذه المتابعة نقصان في حدة السلوك المضطرب وازدياد التفاعل والمشاركة مع الآخرين واستمرت هذه التغيرات السلوكية لمده تقدر بحوالي (٥و٢-١٠) شهور ، كما أشارت تقريرات أباء ميلز بأنه يصدر نوبات غضب عند ممارسة أي أنشطة خلوية ولكنها سرعان ما تتلاشى عندما يطلب منه وصف طبيعة هذه الأنشطة من خلال الجداول المصورة .

أما جاى فإن تقرير آبائه يشير بأنه استفاد من الجداول المصورة في بعض الأنشطة ، ولكنه وجد صعوبة في تحقيق النجاح للنظام المتبع في المطعم وفي منازل الأصدقاء ، ولوحظ أن الأسر الثلاثة تمكنت من استخدام الجداول المصورة للأنشطة للتغلب على التغيرات المنبثقة من روتين الحياة اليومية .

ويفسر الباحثون الارتباط بين ازدياد النشاط والحيوية واختزال السلوك المضطرب لدى الأطفال ، بأن طبيعة نشاط الأطفال الصغار هي الحيوية والنشاط المتعدد ، فإذا استغلت بطريقة فعالة نتج عنها شغل الطفل عن ممارسة السلوك المشكل وإخراج طاقته في النشاط الهادف ، وهذا من شأنه الارتباط بنقصان في معدل السلوك المضطرب ، وبالرغم من هذا التحسن إلا أن هدف التدخل السيكولوجي لم يتحقق بصورة مرضية .

درس **تشامبلز وآخرون** Chambliss, et als (١٩٩٤) مدى رغبة الوالدين في علاج أطفالهم الاوتيستك بطريقه لوفاس Lovas التي تشتمل على مجموعة من برامج تنمية المهارات الحياتية والاجتماعية والانتباه والتواصل وتحسين اللغة ، وقدم الباحثون استبيانا لحوالي (١٥) أسرة منهم (١٢) أباء ، (٣) أمهات لأطفال اوتيستك يتراوح العمر الزمني لهم بين (٤-٧) سنوات للتعرف على آرائهم في منهج لوفا كمدخل علاجي سلوكي للاوتيستك ، كما قدموا برنامجا إرشاديا لهذه الأسر مع مراعاة الشروط التالية في تطبيق هذا البرنامج على الأسر المشتركة :-

١- تساوى عدد جلسات الإرشاد لكل الأسر .

٢- تساوى الزمن المستغرق في مقابلات الإرشاد العلاجي لكل الأسر .

٣- تشابه الظروف الأسرية في كل الأسر .

٤- تشابه استجابات أو رغبات الأسر من حيث التفاؤل أو التشاؤم ناحية المدخل العلاجي المستخدم .

وأشارت نتائج التطبيق بأن الأمهات كن أكثر تشاؤما أو رفضا لاستخدام هذا المدخل العلاجي ، بينما الأباء كانوا أكثر قبولا وتفاؤلا بنتائج العلاج ، أما نسبة تفاؤل الوالدين معا بنجاح أو فاعلية التدخل العلاجي المؤسس على طريقة لوفا مع أطفالهم الاوتيستك فكانت محدودة للغاية .

نظرا للقلق والخوف الذي يسيطر على أسر الأطفال الاوتيستك ، خاصة ما يتعلق باحتمالية انجاب طفل آخر اوتيستك ، فإن هذه الأسر تبحث عن الاستشارة الطبية خاصة فحص الجينات والكروموزومات للتنبؤ بنسب الإصابة المحتملة .

فقد درس **سيمنوف** Simonoff (١٩٩٨) العوامل الجينية الوراثيـــة المسـئولة عــن الإصابة بالاوتيزم والاضطرابات النمائية الشاملة ، ويشير بأن الأبحاث المتوفرة حاليا تجعــل من الممكن تجريبيا تحديد النسب المحتملة لإنجاب طفل آخر اوتيستك في نفس الأسرة .

ويوصي الباحث بأن هذه المعلومات يمكن التعرف عليها عن طريق الأفراد الذين تتوفر لديــهم الخبرة المزدوجة في تشخيص وعلاج الاوتيزم ، والخبرة في فحص جينات الأنماط الوراثيـــة المعقدة .

بالإضافة إلى العناصر الهامة التي تؤثر على مدى تكرار إنجاب طفــل آخــر اوتيســتك فـــي الأسرة ، فهناك حاجة ضرورية لدى هذه الأسر للتعرف على معلومات عن النموذج الظــاهري للمرض بشكل أوسع ، يضاف إلى ذلك أنه قد توجد موضوعات أخرى لدى الزوجين يرغبــان في مناقشتها ، والتي قد تؤثر على قراراتهم الخاصة بالإنجاب مرة أخرى ، وقدم الباحث فـــي هذه الدراسة وصفا لبروتوكول الفحص الجيني الذي يجيب على معظم التساؤلات السابقة .

التعليق على الدراسات السابقة :

من خلال العرض السابق للدراسات التي تناولت سمات الأطفال الاوتيستك من حيــث الوصف الدقيق لهذه السمات والتي تميزها عن غيرها من أصحاب الإعاقات الأخرى ، وكذلــك من حيث التدخل العلاجي الذي يمكن تقديمه لهم والذي يسهم في تخفيف حدة هذه السمات .

وتلخص الباحثة أهم ما توصلت إليه هذه الدراسات فيما يلي : -

١- السمات أو الأعراض التي يظهرها الأطفال الاوتيستك تتمثل فيما يلي :

أ- الاضطرابات اللغوية كما ظهرت في دراسات بريزنت (١٩٧٩) ، رامندو وميلــك (١٩٨٤) ، بيترز ميشيل (١٩٨٥) ، رين (١٩٨٨) ، سود هوتلر وآخرون (١٩٩٠) ، عمـــر بــن الخطاب (١٩٩١) ، ساند بيرج وآخرون (١٩٩٣) ، هو بت وآخرون (١٩٩٩) .

ب- الاضطرابات الاجتماعية ظهرت في دراسات جان ريهل (١٩٨٠) ، بريـــور وآخــرون (١٩٩٠) ، اوزونوف وآخرون (١٩٩١) ، سوديان وفريث (١٩٩٢) ، عمر بن الخطـــاب (١٩٩٤) .

ج – الاضطرابات الانفعالية ظهرت في دراســـات هوبســون وآخــرون (١٩٨٨) ، كــابس وآخرون (١٩٩٢) ، هيرسون ونيورث (١٩٩٠) .

د- السلوكيات النمطية التي يصدرها الاوتيستك باستمرار لوسكى (١٩٩٠) ، ماسدوجل وآخرون (١٩٩٥) ، هولندر وآخرون (١٩٩٩) .

- بعض المهارات الفردية المتمثلة في المهارات الأدائية الميكانيكية أو الذاكرة الفوتوغرافية شاة وفريث (١٩٩٣) .

٢- أساليب التدخل المستخدمة مع هؤلاء الأطفال تمثلت في المحاور التالية :-

أ- العلاج بالعقاقير : استخدم لتخفيف حدة الأعراض المصاحبة لإعاقة الاوتيزم والمتمثلة في فرط النشاط ، العدوانية ، السلوكيات النمطية وإيذاء الذات ، ولكن الأطباء نصحوا بعدم استخدام العقاقير الفعالة لما لها من أثار سيئة على حالة الطفل الاوتيستك إلا عند الضرورة القصوى وبجرعات بسيطة ويصاحبها استخدام علاج سلوكي : ايكمان وآخرون (١٩٨٩) ، بانكسيب وآخرون (١٩٩١) ، كامبل وآخرون (١٩٩١) .

ب- الاعتماد على فنيات وأساليب متعددة في رعاية وتدريب الأطفال الاوتيستك :

١- فقد أجمعت دراسات كثيرة على فاعلية النمذجة في تنمية المهارات اللغوية والاجتماعية لدى الأطفال الاوتيستك ، يونج ودوجلاس (١٩٨٠) ، كريمير (١٩٨٤) سيسان وآخرون (١٩٨٩) ، تشارلوب وميلستن (١٩٨٩) ، ماسدوف وآخرون (١٩٨٩) كرانتز وميكلننهان (١٩٩٣) ، تالول وآخرون (١٩٩٨) .

٢- دراسات أخرى اعتمدت على أسلوب التعليم الطارئ أو التعليم بالصدفة لتنمية المهارات اللغوية والاجتماعية دون التدريب عليها مباشرة ولكن بممارسة أنشطة اللعب وأنشطة الحياة اليومية والروتينية ومنها ماسجى وآخرون (١٩٨٣ ، ١٩٨٦٩) كوجل وآخرون (١٩٨٧) .

٣- دراسات اعتمدت على التدعيم كوسيلة أساسية للتعامل مع الأطفال الاوتيستك ومنها هيلم دافيد (١٩٨١) ، نيومان (١٩٨٧) ، مايلز وسيمبسون (١٩٩٤) ، فيشر وآخرون (١٩٩٨) .

٤- دراسات اعتمدت على تكنيك إدارة الذات في تعليم الاوتيستك مهارات الحياة اليومية وتحسن سلوكهم الاجتماعي كوجل وآخرون (١٩٩٢) ، كوجل وفريا (١٩٩٣) ، بيرس وسكريبمان (١٩٩٤) .

٥- دراسات اعتمدت على المزج بين فنيتين أو أكثر في تعليم الأطفال الاوتيستك ، فقد استخدم سيسان وآخرون (١٩٨٩) النمذجة والتدعيم معا لتعليم المحادثات الهادفة من خلال الإجابة على بعض القصص المصورة ، وأضاف إليها ماسدوف وآخرون (١٩٩٣) الإرشاد. بينما استخدم هيلم دافيد (١٩٨١) التدعيم وإرشاد الأسرة لتنمية المهارات اللغوية والاجتماعية والحركية لدى الأفراد الاوتيستك ، في حين أن تاراس وآخرون (١٩٨٨) اعتمدوا على الدمج بين فنيات متعددة لتنمية المهارات الاجتماعية لدى الاوتيستك وهي (النمذجة – التغذية الرجعية – لعب الدور – التدريب والتعليم – التدعيم) .

٦- اهتمت بعض الدراسات بدور الأباء كمعالجين لأطفالهم الاوتيستك أو على الأقل مساهمين في تحسن أطفالهم ، واعتمدت هذه الدراسات على فنية الإرشاد والتوجيه لأباء هؤلاء الأطفال : شورت اندريو (١٩٨٠)، هيلم دافيد (١٩٨١) ، ميكلننهان وآخرون (١٩٨٢ ، ١٩٨٤) ، لوف وآخرون (١٩٩٠) ، كرانتز وآخرون (١٩٩٣) ، سيمنوف (١٩٩٨) .

٣- من المتغيرات التي اهتمت الدراسات العلاجية بتثبيتها لدى أفراد العينة :

العمر العقلي وبصفة خاصة العمر العقلي غير اللفظي ، **والعمر الزمني** لأهميتهما في تدريب الاوتيستك على المهارات الاجتماعية واللغوية ، وكذلك العمر الاجتماعي الذي يتم قياسه من خلال مقياس النضج الاجتماعي لفاينلاند ، بينما الجنس والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة لم تهتم الدراسات بتثبيتهم لعدم ظهورهم كمسببات للإصابة بإعاقة الاوتيزم :

كوجل وآخرون (١٩٨٢ ، ١٩٨٧ ، ١٩٩٢) ، ماسجى وآخرون (١٩٨٣ ، ١٩٨٦) ، تاراس وآخرون (١٩٨٨) ، تشارلوب وميلستن (١٩٨٩) ، كوجل وفريا (١٩٩٣) ، كرانتز وميكلننهان (١٩٩٣) ، ماسدوف وآخرون (١٩٩٣) ، بيرس وسكريبمان (١٩٩٤) .

٤- بالنسبة لحجم العينات التي استخدمتها الدراسات العلاجية :

أ- فقد اتسمت بالحجم الصغير جدا الذي يقل عن خمسه أفراد بسبب كثرة الفروق الفردية بينهم ، فنجد أن هيلم دافيد (١٩٨١) تكونت عينه دراسته من فرد واحد ، بينما ماسجى وآخرون (١٩٨٣ ، ١٩٨٦) ، تاراس وآخرون (١٩٨٨) ، لوف وآخرون (١٩٩٠) ، كوجل وفريا (١٩٩٣) استخدموا عينة مكونة من فردين .

أما تشارلوب وميلستن (١٩٨٩) ، كرانــتز وآخــرون (١٩٩٣) ، بــيرس وســكريبمان (١٩٩٤) كانت عينة دراستهم مكونه من ثلاثة أفراد ، في حيــن أن كريمــر (١٩٨٤) ، نيومان (١٩٨٧) ، سيسان وآخـــرون (١٩٨٩) كوجــل وآخــرون (١٩٩٢) ماســدوف وآخرون (١٩٩٣) ، كرانتز وميكلننهان (١٩٩٣) ، اسماعيل بدر (١٩٩٧) كانت عينــات دراساتهم مكونه من أربعة أفراد في أعمار زمنية غير متجانسة ، أمــا الدراســات التــي ازداد عدد أفرادها عن خمسه فيكون فيها أكثر من مدرب يقوم برعاية الأطفـــال ســواء كانوا أباء أم أخصائيين .

فقد استخدم كوجل وآخرون (١٩٨٧) ، مايلز وسيمبسون (١٩٩٤) عينة مكونة مــن (١٠) أطفال اوتيستك ، بينما استخدم شورت أندريو (١٩٨٠) ، تشـــامبلز وآخــرون (١٩٩٤) عينة قوامها (١٥) طفلا ، في حين أن ميكلننهان وآخرون (١٩٨٢) كانت عينة دراســتهم مكونه من (١٦) طفلا ، ودراستهم (١٩٨٤) اشترك فيها (٢٧) شابا اوتيستك ، واســتخدم عبد المنان معمور (١٩٩٧) عينة مكونة من (٣٠) طفلا اوتيستك .

ب- أما بالنسبة للعينات ذات الحجم الكبير فقد ظهرت فــي الدراســات الوصفيــة التــي اعتمدت على أكثر من مجموعه ، فبعض الدراسات اعتمدت على مجموعتيــن إحداهمــا تجريبية والأخرى ضابطة، جان ريهل (١٩٨٠) ، اوفيرال وكامبل (١٩٨٨) ، هوبســون وآخرون (١٩٨٨) ، لوسكى (١٩٩٠) ، هيرسون وأخــر (١٩٩٠) ، بريــور وآخــرون (١٩٩٠) ، اوزنوف وآخرون (١٩٩١) ، كابس وآخــرون (١٩٩٢) ، كليــن وآخــرون (١٩٩٢) ، عمر بن الخطاب (١٩٩٤) ، ماسدوجل وآخــرون (١٩٩٥) ، وقــد تســاوت أعداد المجموعتين في إحدى الدراسات ولم تتساوى في البعض الآخر .

ودراسات اعتمدت على ثلاث مجموعات منهم واحدة اوتيستك والأخرتين عــاديتين ، ذوى إعاقات أخرى متنوعة : يونج ودوجلاس (١٩٨٠) ، دافيد وبويــد (١٩٨٤) ، رامونــدو وميلك (١٩٨٤) ، سود هولتر وآخرون (١٩٩٠) ، عمر بن الخطاب (١٩٩١) ، ســوديان وفريث (١٩٩٢) ، ميسفوى وآخرون (١٩٩٣) ، شــاه وفريــث (١٩٩٣) . فــي حيــن اعتمدت دراسات أخرى على مجموعة واحدة كبيرة العدد لفحص السمات الرئيسية لديــها : سانديبرج وآخرون (١٩٩٣) ، يورام وآخرون (١٩٩٥) فكانت عينات دراســتها علــى التوالي (٧٠ ، ١٨٠) طفلا ومراهقا .

فروض الدراسة :-

في ضوء الدراسات السابقة واجراءات وأهداف الدراسة الحالية قامت الباحثة بصياغة فروض الدراسة على النحو التالي :-

١- يوجد تأثير دال إحصائيا لبرنامج من المهارات الاجتماعية وبرنامج للإرشاد الأسرى في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الاوتيستك .

٢- يكون استخدام برنامج من المهارات الاجتماعية وبرنامج للإرشاد الأسرى معا اكثر فعالية في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الاوتيستك من استخدام كل برنامج على حدة .

٣- يستمر تأثير برنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسرى في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الاوتيستك خلال فترات المتابعة .

الفصل الرابع

اجراءات الدراسة

- العينة
- الأدوات
- الأساليب الأحصائية
- خطوات الدراسة
- البرامج العلاجية

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

أولا العينة :-

تكونت عينة الدراسة من (١٦) طفلا، (١١ولدا ، ٥ بنات) ممن يعانون من أعراض الاوتيزم التي جاءت في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية الصادر عن وحدة الطب النفسي الأمريكي فى طبعته الرابعة (DSM-IV)، وقد تم اختيار (١٢) حاله (٨ أولاد، ٤بنات) من جمعية أباء وأبناء وهى مركز للرعاية النهارية لذوى الإعاقات الذهنية بالقاهرة ، ومن بينهم حالات سبق تشخيصها في لندن ، أمريكا،الكويت-كما هو مبين في ملف الحالة. وتم اختيار أربع حالات (ثلاثة أولاد ، بنت واحدة) من مركز الرجاء لرعاية ذوى الإعاقات الذهنية بطنطا .

وتراوح العمر الزمنى لأفراد العينة بين (٤,٣ -١٤) سنة بمتوسط قدره (١٠,٠٨) وانحراف معياري قدره (٢,٩١) ، وبلغ متوسط نسبة ذكاء أفراد العينة (٥٨,٨١) وانحراف معياري قدره (٥,٦٩) .

وقد تم اختيار أفراد العينة من الملتحقين حديثا بمراكز الرعاية (أباء وأبناء ، الرجاء) ، وتم الاتفاق مع الفريق القائم بالتدريب على عدم تقديم أية برامج علاجية للحالات المختارة في فترة تطبيق الباحثة برامج دراستها ، كما تم الاتفاق مع أباء أطفال العينة على إيقاف تعاطي العقاقير التي كانوا يتعاطونها في العلاج السيكاتري قبل تطبيق البرامج بثلاث شهور ، وكان ذلك لأفراد العينة الضابطة والتجريبية ، كى يمكن التعرف على مدى فاعلية هذه البرامج.

ويمكن وصف مصادر اختيار العينة في الجدول التالى :-

جدول رقم (١)

مصادر العينة

م	مصادر العينة	أولاد	بنات	المجموع
١	جمعية أباء وأبناء بالقاهرة	٨	٤	١٢
٢	مركز الرجاء بطنطا	٣	١	٤

للتأكد من دقة تشخيص أفراد العينة تمت ملاحظتهم لمده تقدر بثلاثة أشهر في النصف الثاني من العام الدراسي (٩٦-٩٧) ، وبعد أن تأكدت الباحثة من توافر معايير الاوتيزم ،كما

جاءت في محكات التشخيص - تم عرضها بالتفصيل في الإطار النظرى-لدى أفراد العينة ، قامت بتطبيق الأدوات التشخيصية على أفراد العينة ، والجدول الآتى يوضح مدي تجانس أداء أفراد العينة على هذه الأدوات .

جدول رقم (٢)

تجانس أفراد العينة على الأدوات التشخيصية الخاصة بالدراسة

أداة القياس	المتوسط	الوسيط	الانحراف المعياري	الالتواء
مقياس اوتيزم الطفولة	٥٢,٥	٥٣	٥,٢٤	-٢٩,
قائمة ريملاند التشخيصية	٣٥,٨١	٣٧,٥	٦,٤٨	-٩٣,
مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي	٤٠,٩٤	٤١,٥	٧,١٤	-٢٤,
قائمة تقييم أعراض الاوتيزم (الدرجة الكلية)	١١٨,٤٤	١١٩	٣,٨٨	-٤٣,
الجزء الأول من مقياس السلوك التوافقي	٧٧,٥٦	٧٩,٥	٢٧,٤١	-٢١,
الجزء الثاني من مقياس السلوك التوافقي	٥٦,٠٦	٥٧,٥	١٩,٧٢	-٢٢,

يتضح من الجدول أن قيم الالتواء على الأدوات أقل من حدي الالتواء وهذا يشير إلى تجانس أداء أفراد العينة على الأدوات التشخيصية .

كما تمت مجانسة أفراد العينة في متغيرى السن والذكاء استنادا إلى ما أشارت إليه الدراسات العلاجية من وجود علاقة بين هذه المتغيرات ومدى فاعلية البرامج العلاجية: ماسجى وآخرون (١٩٨٨، ١٩٨٣) ، كوجل وآخرون (١٩٨٧، ١٩٩٢) ، تاراس وآخرون (١٩٨٨)، تشارلوب وملستن (١٩٨٩)، كرانتز وميكلننهان (١٩٩٣) ماسدوف وآخرون (١٩٩٣)، كوجل وفريا (١٩٩٣) ، بيرس وسكريبمان (١٩٩٤) .

جدول رقم (٣)

تجانس أفراد العينة في متغيرى السن والذكاء

المتغير	المتوسط	الوسيط	الانحراف المعياري	الالتواء
السن	١٠,٠٨	١٠,٧	٢,٩١	-١,٦٤
الذكاء	٥٨,٨١	٥٨,٥	٥,٦٩	,١٦

يتضح من الجدول أن قيم الالتواء أقل من حدى الالتواء ، وهذا يشير إلى تجانس أفراد العينة في متغيرى السن و الذكاء .

وكما يقضى التصميم التجريبي للدراسة فانه قد تم تقسيم أفراد العينة إلى أربع مجموعات كالآتى :-

١- المجموعة الأولى (ضابطة) تكونت من (٤) أطفال اوتيستك (٣أولاد،بنت) ، وتم تطبيق جميع أدوات الدراسة عليهم فيما عدا البرامج التدريبية .

٢- المجموعة الثانية تجريبية(١) تكونت من (٤) أطفال ذكور طبق عليهم برنامج المهارات الاجتماعية و باقي أدوات الدراسة .

٣- المجموعة الثالثة تجريبية(٢) تكونت من (٤) أطفال (٢بنات،٢أولاد) طبق على اسرهم برنامج إرشادي و طبق على الأطفال باقي أدوات الدراسة .

٤- المجموعة الرابعة تجريبية(٣) تكونت من (٤) أطفال (٢أولاد،٢بنات) طبق على الأطفال برنامج المهارات الاجتماعية وطبق على أسرهم برنامج إرشادي بالإضافة إلى تطبيق باقي أدوات الدراسة على الأطفال .

وبالرغم من أن الباحثة تستخدم أساليب الإحصاء اللابارامترى التي لا تشترط اعتدالية التوزيع -أي تجانس المجموعات - إلا أنها حرصت على تحقيق تجانس مجموعات التصميم التجريبي في الأداء على الاختبارات المستخدمة (في التطبيق القبلي) ، كي يمكن التعرف على فعالية البرامج المستخدمة من خلال المقارنة بين المجموعات وبعضها وكذلك مقارنة الأداء في التطبيق القبلي بالتطبيق البعدي في كل مجموعة .

أما متغيرى السن والذكاء فقد حرصت الباحثة على التحقق من تجانس مجموعات التصميم التجريبي الأربع فيهما للاطمئنان على ثباتهما داخل المجموعات .والجداول الآتية توضح ذلك :-

جدول رقم (٤)

تحليل التباين اللابارامترى- أحادى الاتجاه - باستخدام اختبار" كروسكال واليس" لمجموعات التصميم التجريبي في متغيرى السن والذكاء.

المتغير	قيمة (هـ) المحسوبة
السن	٤,٠٤
الذكاء	,٨

بما أن قيمة (هـ) الجدولية لاختبار كروسكال - واليس عندما يكون عدد المجموعات يساوى أربعة وفي كل مجموعة أربعة أفراد هي :

عند مستوى ٠,٠٥ = ٧,٢٣٥ ، وعند مستوى ٠,٠١ = ٩,٢٨٧

وبمقارنة قيم (هـ) المحسوبة لمتغيري السن والذكاء بالقيم الجدولية ، وجد أن القيم المحسوبة أقل من القيم الجدولية ، فهذا يعنى عدم وجود فروق ذات دلالة بين مجموعات التصميم التجريبي في متغيري السن والذكاء. وهذا يشير إلى تجانس هذه المجموعات في متغيري السن والذكاء .

جدول رقم (٥)

تحليل التباين اللابارامترى-أحادى الاتجاه-باستخدام اختبار "كروسكال-واليس"

لمجموعات التصميم التجريبي على أدوات الدراسة في التطبيق القبلي

أدوات الدراسة	قيمة (هـ) المحسوبة	أدوات الدراسة	قيمة (هـ) المحسوبة
مقياس اوتيزم الطفولة	٢,٤٥	بعد الاضطرابات اللغوية	,٩٦
قائمة ريملاند التشخيصية	,٧٤	بعد الاضطرابات الاجتماعية	٥,٦٥
مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي	١,٧٩	بعد الاضطرابات الانفعالية	٧,١٣
الجزء الأول من مقياس السلوك التوافقي	,٧٧	بعد مشكلات رعاية الذات	١,١
الجزء الثاني من مقياس السلوك التوافقي	,٣٣	بعد المشكلات السلوكية	١,٤٢
قائمة تقييم أعراض الاوتيزم (الدرجة الكلية)	٢,٦٩		

بما أن القيم الجدولية في اختبار كروسكال واليس عندما يكون عدد المجموعات =٤ في كل مجموعه (٤) أفراد هي :-

عند مستوى ٠٥, = ٧,٢٣٥ ، وعند مستوى ٠١, = ٩,٢٨٧

وحيث أن القيم المحسوبة أقل من القيم الجدولية عند مستويات الدلالة ٠١, ، ٠٥, . فهذا يعني عدم وجود فروق ذات دلاله إحصائية بين مجموعات التصميم التجريبي على أدوات الدراسة في التطبيق القبلي مما يؤكد تجانس المجموعات على هذه الأدوات .

ثانيا : أدوات الدراسة :-

[١]- مقياس السلوك التوافقي (A.B.S) Adaptive behavior Scale إعداد صفوت فرج ، ناهد رمزى (١٩٩٠)

وضع هذا المقياس لجمعية التخلف العقلي الأمريكية هنرى ليلان H. Lelanal وكايسو نيهيرا K . Nihira ليوفروا وصفا موضوعيا وتقويميا لسلوك الفرد التوافقي . وقد عرفت جمعية التخلف العقلي الأمريكية السلوك التوافقي بأنه " يشير إلى فاعلية الفرد في التعامل مع المطالب الطبيعية والاجتماعية لمجتمعه ". كما أن هذا المقياس يستخدم مع المتخلفين عقليا ، وغير المتوافقين انفعاليا ممن يعانون من مظاهر أخرى للتعويق (صفوت فرج ، ناهد رمزي ،١٩٩٠، ٨) .

وقد تم تعريب هذا المقياس في مصر والأردن ، ففي مصر ترجمه فاروق صادق ونشره بعنوان مقياس السلوك التكيفي (١٩٨٥) ثم ترجمة كل من صفوت فرج ، ناهد رمزي (١٩٩٠) ونشراه بعنوان مقياس السلوك التوافقي وهو المستخدم في الدراسة الحالية .

وقد أشار كمال مرسى بأنه لا توجد فروق جوهرية بين الترجمتين المصريتين ، فقد حافظت كل منهما على أقسام المقياس الأمريكي ومجالاته وفقراته . ويقيس المقياس في صورتيه المعربتين قدرة الفرد على التوافق مع المجتمع وفعالياته في مواجهة مطالب بيئته المادية والطبيعية والسلوكية والاجتماعية (كمال مرسى،١٩٩٦،٨٤) .

ويتكون المقياس في صورته الحالية من (١١٠) سؤالا موزعه على جزأين رئيسيين :

فينتظم الجزء الأول وفق محاور ارتقائية لتقويم مهارات الفرد وعادته في عشر مجالات سلوكية تعتبر هامة لارتقاء الاستقلال الشخصي في الحياة اليومية ، وفيما يلي هذه المجالات وما تتضمنه من مجالات فرعيه :-

١- **العمل الاستقلالي** :- يتمثل في المجالات الفرعية التالية :-

تناول الطعام - استخدام المرحاض - النظافة - المظهر - العناية بالملابس - ارتداء وخلع الملابس - الانتقال - السلوك الاستقلالي العام .

٢- **النمو الجسمي** : يشتمل على : النمو الحسي - النمو الحركي .

٣- **النشاط الاقتصادي** : يتمثل في : التعامل بالنقود وتخطيط الميزانية - مهارات الشراء .

٤- **ارتقاء اللغة** : يظهر في : التعبير - الفهم - ارتقاء اللغة الاجتماعية .

٥- **الأعداد والوقت** .

٦- **الأنشطة المنزلية** : مثل : التنظيف - أعمال المطبخ - أعمال منزليه أخرى .

٧-**النشاط المهني .**

٨-**التوجه الذاتي :** يتضمن : المبادرة – المثابرة – وقت الفراغ .

٩-**تحمل المسئولية .**

١٠- **التنشئة الاجتماعية تتضمن :**

التعاون – وضع الآخرين في الاعتبار – الوعى بالآخرين – التفاعل مع الآخرين – الاشتراك في الأنشطة الجماعية .

والدرجة المرتفعة على هذا الجزء دليل على أن سلوك الفرد النمائى طبيعى والعكس صحيح (صفوت فرج ، ناهد رمزى ، ١٩٩٠ ، ٨-١٠) .

أما **الجزء الثاني** فقد صمم ليوفر مقاييس للسلوك التوافقي المتعلق بالشخصية واضطرابات السلوك ، و يتكون من أربعة عشر مجالاً ، آخرها عنوانه "استخدام العقاقير" فهو ليس مجالا سلوكيا ولكنه يوفر معلومات عن السلوك التوافقي للشخص مع العالم الخارجي (صفوت فرج ، ناهد رمزى ،١٩٩٠،١٠) .

وتعبر مجالات هذا الجزء عن :-

السلوك العدواني- مضايقة الآخرين -التمرد -سلوكيات الغش -الانسحاب – اللزمات العصبية – العادات غير المقبولة في التواصل مع الآخرين – العادات الغريبة – إيذاء الذات – النشاط الحركى الزائد – الشذوذ الجنسي – الاضطرابات النفسية – استخدام العقاقير .

وتشير الدرجة المرتفعة على هذا الجزء إلى السلوك المضطرب والعكس صحيح (كمال مرسى ،١٩٩٦،٨٠) .

الكفاءة السيكومترية للمقياس في البيئة الأجنبية :-

أولاً الصدق :- قام واضعي المقياس بحساب الصدق بالطرق التالية :-

١- **الصدق العاملي :-**

استخلص من التحليل العاملي لدرجات المجال الأبعاد التالية :-

أ- الاستقلال الشخصي : وتم تحديده في المجالات السلوكية التي تعكس مهارة

الفرد وقدراته اللازمة لتحقيق استقلاله الشخصي ، ومجالات السلوك التي تظهر وجـود تحكم ذاتي لتدبير أمور الفرد الشخصية .

ب- سوء التكيف الشخصي : يعكس مجالات الاتجاه نحو سؤ التكيـف الـذى يتميز بإرجاع مصدر الإحباط إلى الذات .

جـ- سوء التكيف الاجتماعي : يعكس مجالات الاتجاه نحو سوء التكيف الـذى يتميز بإرجاع مصدر الإحباط إلى الخارج ومعاداة المجتمع بالإضافة إلـى الاضطرابات السلوكية (صفوت فرج ، ناهد رمزى ، ١٩٩٠ ، ٥٥)

٢- الصدق العملي :

أجريت دراسات قليلة في مجال الصدق العملي ، منها دراسة أجريـت علـى (٤١) متخلفاً من المقيمين داخل المؤسسات تتراوح أعمارهم بين (١٠-١٣) عاماً ، وقد ميزت جميع درجات الجزء الأول بشكل دال إحصائيا بين الأفراد الذين صُنفوا من قبـل فـي مستويات مختلفة من حيث السلوك التوافقي وفقا للتقديرات الكلينيكية ، وتشير دراسة أخرى أجريت على (٥٣١) من الراشدين المتخلفين المقيمين في المؤسسات أن جميع درجات الجزء الأول وبعض درجات الجزء الثاني تميز تمييزا جوهريا بين هؤلاء الأفراد الذين تم تصنيفهم فـي خمسة وحدات إدارية متجانسة .

وتوصلت دراسة ثالثه تناولت (٤١) من الأطفال والمراهقين المتخلفيـن أن درجـات ثلاث مجالات من الجزء الأول والدرجات الإجمالية للجزء الثاني تغيرت بشكل جوهري عـن ما قبل التطبيق خلال فترة عامين عندما طبق أسلوب التشريط الفعال بشكل مكثف بينمـا لـم تتغير الدرجات بشكل جوهري بالنسبة للعينة التى لـم تطبـق عليـها مثـل تلـك البرامج (صفوت فرج،ناهد رمزى ، ١٩٩٠،٥٥-٥٦) .

ثانيا الثبات :-

حسب واضعي المقياس ثبات الصورة الحالية بتطبيقه على عينه مكونه مـن (١٣٣) مفحوصا من المقيمين في ثلاثة مدارس تدريبيه ، وقدر سلوك كل مفحـوص عـن طريـق الاستعانة باثنين من المشرفين الداخليين أحدهما من مشرفي الفترة الصباحيـة والثـاني مـن مشرفي الفترة المسائية ، وقد حسب الثبات الداخلي لدرجات أفراد العينة على أبعاد المقيـاس باستخدام معامل ارتباط العزوم لبيرسون بين تقديرات المشرفين .

يوضح الجدول التالي متوسطات ثبات مجالات الجزء الأول لتعديل (١٩٧٤) :

جدول رقم (٦)

متوسطات ثبات مجالات الجزء الأول من مقياس السلوك التوافقى

المجالات	متوسطات الثبات	المجالات	متوسطات الثبات
١- العمل الاستقلالي	,٩٢	٧- النشاط المهنى	,٧٨
٢- النمو الجسمي	,٩٣	٨- التوجه الذاتي	,٧١
٣- النشاط الاقتصادي	,٨٥	٩- تحمل المسئولية	,٨٣
٤- ارتقاء اللغة	,٨٧	١٠- التنشئة الاجتماعية	,٧٧
٥- الأعداد والوقت	,٨٦	متوسطات الجزء الأول	,٨٦
٦- الأنشطة المترلية	,٩١		

يلاحظ من الجدول أن متوسطات الثبات في المؤسسات الثلاث تراوحت بيـــن (٩٣,) للنمو الجسمي ، (٧١,) للتوجه الذاتي .

ويوضح الجدول التالي متوسطات ثبات مجالات الجزء الثاني لتعديل (١٩٧٤) :

جدول رقم (٧)

متوسطات ثبات مجالات الجزء الثاني من مقياس السلوك التوافقي

المجالات	متوسطات الثبات	المجالات	متوسطات الثبات
١-العنف والسلوك التدميري	,٥٩	٩-العادات الغريبة	,٥٧
٢-السلوك المضاد للمجتمع	,٦٨	١٠-سلوك إيذاء الذات	,٤٩
٣-السلوك المتمرد	,٥٥	١١-الميل للنشاط الذائد	,٥٧
٤-السلوك غير المؤتمن	,٦٩	١٢-سلوك جنسى شاذ	,٥٢
٥-الانسحاب	,٤٤	١٣-اضطرابات نفسيه	,٤٥
٦-السلوك النمطى	,٦٢	١٤-استخدام العلاج	,٧٧
٧-سلوك اجتماعى غير مناسب	,٤٧	متوسطات الجزء الثانى	,٥٧
٨-العادات الصوتية غير المقبولة	,٣٧		

(صفوت فرج ، ناهد رمزى ، ١٩٩٠ ، ٥٢-٥٤) .

الكفاءة السيكومترية للمقياس في البيئة العربية :-

وفي البيئة العربية قـد استخـدم المقيـاس بعد أن ثبتت كفاءته السيكومترية ، فقـد

أشار كمال مرسى إلى أن المقياس بصورتيه المصرية والأردنية على درجه عالية من الصدق والثبات ، استخدمت الصورة المصرية للمقياس في عدد من الدراسات منها عبد الرقيب أحمد (١٩٨١) ، نهى اللحامى (١٩٨٣) واستخدمت الصورة الأردنية من المقياس في دراسة قام بها محمد البطش (١٩٨١) بهدف دراسة صدق وثبات المقياس (كمال مرسى ، ١٩٩٦ ، ٨٦) .

صدق المقياس :-

فقد حسب عبد الرقيب أحمد (١٩٨١) الصدق باستخدام الاتساق الداخلي وتوصل إلى أن متوسط الجزء الأول من المقياس يبلغ (٥٥,) ومتوسط الجزء الثاني من المقياس (٥٤,) ، كما حسبه أيضا باستخدام معامل الارتباط الثنائي فقد كان متوسط النتائج للجزء الثانى من المقياس فقط حوالى (٥٤,) ، أما نهى اللحامى (١٩٨٣) فقد حسبته باستخدام طريقة الصدق الذاتي ، فتوصلت إلى معامل صدق ذاتي للجزء الأول قدره (٨٧,) والجز الثاني (٩١,) ، كما استخدمت طريقة الاتساق الداخلي فكان متوسط الجزء الأول (٥٥,) ومتوسط الجزء الثاني (٥٦,) (كمال مرسي ، ١٩٩٦، ٨٦) .

ثبات المقياس :-

استخدم عبد الرقيب أحمد (١٩٨١) طريقة تحليل التباين لحساب ثبات المقياس وتوصل إلى متوسط قدره (٧٦,) للجزء الأول من المقياس ، (٨٨,) للجزء الثاني من المقياس ، أما نهى اللحامى (١٩٨٧) فقد حسبت الثبات عن طريق إعادة الاختبار ، فكان معامل الثبات للجزء الأول يتراوح بين (٦٥,) في كل من التنشئة الاجتماعية والنمو الجسمي إلى (٨٨,) في التصرفات الاستقلالية ، أما الجزء الثاني فقد تراوحت معاملات الثبات بين (٧٣,) في العادات الصوتية غير المقبولة إلى (٩٢,) في التمرد والعصيان ، كما بلغ ثبات الدرجة الكلية للجزء الأول من المقياس (٧٦,) وللجزء الثانى من المقياس (٨٢,) وكانت هذه المعاملات داله إحصائيا عند مستوى ٠١, (كمال مرسى ، ١٩٩٦ ، ٨٥ - ٨٧) .

كما قامت الباحثة الحالية باختبار الكفاءة السيكومترية للأداة على عينه مشابهة لعينة الدراسة ، وتم ذلك بحساب صدق وثبات المقياس على عينه التقنين وعددها (٣٣) طفلا تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٤-١٦) سنه وهم (من ذوى التخلف العقلى وأصحاب "الداون سندروم" ، ذوى الاضطراب الانفعالي ، بطيئي التعلم ، ذوى النشاط الزائد ، وتشتت الانتباه ، الاوتيستك) كالآتي :-

أولاً : الصدق

أ- صدق المحك :-

تم حساب معاملات الارتباط بين تقديرات مدرس الفصــول علــى مقياســي الســلوك التوافقي والنضج الاجتماعي والجدول التالي يوضح ذلك :-

جدول رقم (٨)

معاملات الارتباط بين أبعاد مقياسي السلوك التوافقي والنضج الاجتماعي

أبعاد مقياس السلوك التوافقي	أبعاد مقياس النضج الاجتماعي	معاملات الارتباط
١- العمل الاستقلالي	الاعتماد على النفس والعناية بالملبس والمأكل	,٩١
٢- النمو الجسمي	الحركة والتنقل	,٨٩
٣- ارتقاء اللغة	التواصـــــل	,٧٣
٤- التنشئة الاجتماعية	التطبيع الاجتماعي	,٩٥
٥- التوجيه الذاتي	توجيه النفس	,٨٧
٦- تحمل المسئولية	المهنـــــة	,٧٢

وكانت معاملات الارتباط جميعها دالة عند مستوى ٠,٠١

ب- الصدق الذاتي :-

تم حسابه بإيجاد الجذر التربيعي لمعامل الثبات ، وحيث أن معاملات الثبـــات لجزئـــي المقياس تراوحت بين (٤٧,-٩١,) فان الصدق الذاتي للمقياس يتراوح بين (٦٩,-٩٥,) .

ثانياً : الثبات

تم حساب الثبات عن طريق إيجاد معامل الارتباط بين تقديـــرات مدرســـي الفصـــول وتقديرات آباء الأطفال علي سلوكيات هؤلاء الأطفال لجزئي المقيـــاس ، وجـــاءت معـــاملات الثبات على الجزء الأول للمقياس كالآتي :-

جدول رقم (٩)

معاملات الارتباط بين تقديرات المدرسين والآباء

على الجزء الأول من مقياس السلوك التوافقى

المجـــــالات	الثبـــات	المجـــــالات	الثبـــات
١-العمل الاستقلالي	,٩١	٦- الأنشطة المنزلية	,٨٧
٢- النمو الجسمي	,٨٩	٧- النشاط المهني	,٧١
٣-النشاط الاقتصادي	,٨٢	٨- التوجه الذاتي	,٧٨
٤- ارتقاء اللغة	,٨٥	٩-تحمل المسئولية	,٨٦
٥- الأعداد والوقت	,٦٠	١٠-التنشئة الاجتماعية	,٨٣

وهذه القيم جميعها دالة عند مستوى ٠,٠١

وجاءت معاملات الثبات للجزء الثاني من المقياس على النحو التالي :

جدول رقم (١٠)

معاملات الارتباط بين تقديرات المدرسين والآباء على الجزء الثاني

من مقياس السلوك التوافقي

المجـــــالات	الثبات	المجـــــالات	الثبات
١- العنف والسلوك التدميرى	,٥٧	٨-العادات الصوتية غير المقبولة	,٤٧
٢-السلوك المضاد للمجتمع	,٥٩	٩-العادات الغريبة غير المقبولة	,٦٢
٣-السلوك المتمرد	,٦٣	١٠-سلوك إيذاء الذات	,٤٩
٤- السلوك غير المؤتمن	,٦٨	١١-الميل للنشاط الزائد	,٧٥
٥-الانسحاب	,٧٢	١٢-سلوك جنسي شاذ	,٦٢
٦-السلوك النمطي	,٦٩	١٣-اضطرابات نفسيه	,٧٩
٧-سلوك اجتماعي غير مناسب	,٥٤	١٤-استخدام العلاج	,٧٥

وهذه القيم جميعها داله عند مستوى ٠,٠١

كما حسبت الباحثة **ثبات الملاحظين** بإيجاد معامل الارتباط بين تقديرين لسلوك الطفل من جانب المعلم يقوم بهما في فترتين زمنيتين حوالي ثلاث أسابيع بين التقدير الأول والثاني وكذلك بالنسبة للآباء ، فكانت معاملات الارتباط بين تقديرات مدرسي الفصول للجزء الأول

حوالي (,٨٩) والجزء الثاني حوالي (,٩٣) ، ومعاملات الارتباط بين تقديــرات الآبــاء على الجزء الأول كانت (,٩١) والجزء الثاني كانت (,٩٦) وبهذه النتائج التى حققها المقيــاس على عينه التقنين يكون ذو كفاءه عالية ، وهذا يطمئن الباحثة لاستخدامه مع عينة البحث .

طريقة تطبيق المقياس :-

يقوم بتطبيق المقياس عادة الأخصائي النفسي أو الاجتماعي أو المدرس أو الوالدين أو أخصائي السمع والكلام ، ولأن البيانات المتوفرة من مقياس السلوك التوافقي تعتمد على أشكال السلوك التي يمكن ملاحظتها ، فان المعلومات المتعلقة بالشخص الذي يجرى تقييمـــه يجــب الحصول عليها ممن يقضى معه القدر الأكبر من ساعات النهار .

(لمزيد من التفاصيل حول كيفية التطبيق والتصحيح.والتفسير -انظر دليل المقياس ،١٩٩٠)

مبررات استخدام الباحثة للمقياس :-

١- يفيد في تحديد مجالات القصور لدى الأفراد والجماعات من خــلال صحيفــة البيانــات الخاصة بجزئي المقياس لكل فرد ، فيمكن الاسترشاد بها في وضع ترتيب لأولويات أنماط السلوك التي تحتاج إلى تنميه أو تدريب ، وبهذا فانه يفيد في تخطيط وتصميــم الــبرامج لذوى الحاجات الخاصة

٢- يفيد في تقييم فعالية البرامج : فيمكن الحكم على فعالية برنامج ما عن طريق المقارنة بين درجات أفراد العينة على أبعاد المقياس قبل البرنامج وبعده .

٣- يعتبر من المقاييس الجيدة في قياس السلوك لاعتماده على الأســس النظريــة لارتقــاء السلوك وتناوله قطاعات عريضة في السلوك بشكل تفصيلـــي ، وتحديــده للانحرافــات السلوكية .

[٢]- مقيــاس النضــج الاجتمــاعي Vineland Social Maturity Scale

إعداد فارق صادق (١٩٨٥)

أعد المقياس دول وقام بنشره عام (١٩٣٦) بدون معايير ، ونشرت النسخة الأخــيرة في عام (١٩٥٣) واعيد طبعتها (١٩٦٥) .

ويتكون المقياس في صورته الأخيرة من (١١٧) بندا مرتبة فــي ثمانيــة مجــالات للمهارات الاجتماعية هي :-

١-العناية بالنفس بصفة عامة　　　　٢ - العناية بالملبس

٣ - العناية بالمأكل　　　　٤- الاتصال (التواصل)

٥- توجيه النفس　　　　٦- التحرك والتنقل

٧- التطبيع الاجتماعي　　　　٨- تحمل المسئولية المهنية

(كمال مرسى ، ١٩٩٦ ، ٨٣) .

وقد قام مصطفي سويف ، عبد الحليم محمود وصفيه مجدي بترجمة هذا المقياس وإعداده للعربية (١٩٨٠) ثم أعاد فاروق صادق ترجمته وتقنينه ووضع معايير مختصرة للتقدير (١٩٨٥) وكانت عبارات المقياس في الترجمتين متقاربة إلى حد كبير .

ويشير فاروق صادق إلى أن النضج الاجتماعي الذي يقيسه هذا الاختبار يعتبر مثل النمو العقلي من حيث أنه ينمو تدريجيا مع العمر الزمني من الميلاد حتى سن (٢٥) سنة ، ولكن تبين من دراسات كثيرة أن الارتباط بين ما يقيسه فاينلاند للنضج الاجتماعي وما يقيسه ستانفورد بنيه ليس عاليا ، لذا فقد اعتبر الباحثون أن النضج الاجتماعي بعدا مستقلا عن الذكاء ، ومع هذا لم ينكروا دور الذكاء في اكتساب المهارات الاجتماعية (فاروق صادق ، ١٩٨٥ ، ٤١-٤٥) .

وينقسم الاختبار إلى ثلاث مراحل عمريه تبدأ منذ الميلاد وتنتهي عند عمر (٢٥) سنه

المرحلة الأولى : تشمل الاختبارات منذ (الميلاد حتى ١٢ سنه) وتنقسم إلى فترات كل واحدة منها بسنه واحدة .

المرحلة الثانية : تشمل الاختبارات من (١٢ — ١٨) سنه وتنقسم إلى فترات كل واحدة منها بثلاث سنوات .

المرحلة الثالثة : تشمل الاختبارات من (١٨ — ٢٥) سنه وهي عبارة عن فتره واحدة (فاروق صادق ، ١٩٨٥ ، ٤٢) .

الكفاءة السيكومترية للمقياس :-

أولا صدق الاختبار : ذكرت انستازى أن الاختبار صادق لأنه يفرق بين الأعمار المختلفة بالنسبة لعينه من الأسوياء والمتخلفين عقليا ، وقد أكد "دول" أن المقياس بالرغم من أنه لا يقيس نسبة ذكاء فقد وجد أن الارتباط بين نسبة الذكاء ونسبة النضج الاجتماعي تتراوح بين

(٤, – ٨,) . وقد توصل "بوروس" (١٩٦٥) إلى صدق التجانس الداخلي وذلك بحساب معامل الارتباط بين المقياس ككل وبين أجزائه المختلفة فكان مرتفعا جدا .

وقد قامت جوزال عبد الرحيم (١٩٨١) بحساب الصدق الذاتي للمقياس عن طريق حساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات فكان يقدر (٩٦,) ، كما حسبته فوزية النجاحي (١٩٨٥) بنفس الطريقة السابقة فكان (٨٧,) (فاروق صادق ، ١٩٨٥ ،٤٥) .

وللتأكد من مدى كفاءة الأداة للتطبيق في الدراسة الحالية ، فان الباحثة قامت باختبار الكفاءة السيكومترية للمقياس على عينة التقنين (٣٣) طفلا وطفلة ، وتم ذلك بحساب الصدق والثبات .

الصدق : تم حسابه بالطرق التالية :-

أ- الصدق الذاتي : تم حسابه بإيجاد الجذر التربيعي لمعامل الثبات فكان (٩١,) .

ب- صدق المحك : تم حسابه بإيجاد معامل الارتباط بين أبعاد المقياس وبعض أبعاد مقياس السلوك التوافقي والجدول رقم (٨) يوضح ذلك .

ثانيا الثبات :-

ذكرت انستازى أنه تم تقنين المقياس على عينه مكونه من (٦٢٠) حاله حيث اشتملت هذه العينة على (١٠) ذكور، (١٠) إناث في كل سنه من الميلاد حتى سن الثلاثين ، وتقول انستازى أن العينة احتوت على حالات قليلة في كل عمر كما أنها كانت غير ممثله للمجتمع الأصلي حيث أتت معظم الحالات من طبقات اجتماعيه اقتصادية مرتفعه .

وحسب "دول" معامل الثبات لعينه مكونه من (١٢٣) حاله بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق بفاصل زمني تراوح بين يوم وتسعة شهور فكان (٩٢,) ، وقد حسبته جوزال عبد الرحيم (١٩٨١) بطريقة إعادة تطبيق نفس الاختبار بعد فتره تتراوح من أسبوع إلى أسبوعين على عينه مكونه من (٣٠) طفلا وطفله من أطفال الروضة وكان (٩٣,) وهذه القيمة ذو دلاله إحصائية عند مستوى٠,٠١ ، كما حسبته فوزية النجاحى (١٩٨٥) بنفس الطريقة السابقة فكان (٧٦,) (فاروق صادق ، ١٩٨٥ ، ٤٤ -٤٥) .

وقامت الباحثة الحالية بحساب **معامل الثبات** للمقياس على عينه مكونه من (٣٣) حاله من ذوى الإعاقات المتنوعة ، تراوح العمر الزمني لهم بين (٤-١٦) سنه بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق بعد فتره زمنية تقدر بثلاثة أسابيع من زمن التطبيق الأول ، وقام بالتقدير

مدرسي الفصول فكان معامل الارتباط بين التقديرين (٨٣,) وهذه القيمة ذو دلالـــه إحصائيـــة عند مستوى ٠١, ، كما تم حساب معامل الارتباط بين تقديرات مدرسي الفصول وآباء الأطفـال على المقياس فكان (٩٣,) وهذه القيمة داله عند مستوى ٠١, .

طريقة تطبيق وتقدير درجات المقياس :-

يقوم بالتقدير الأخصائي النفسي أو الاجتماعي أو مدرس الفصل أو أوليـــاء الأمـــور وكل من يقضى أطول وقت ممكن مع الحالة لأن التقدير يعتمد على الملاحظه الدقيقة لســلوك الحالة .

- يعطى الطفل (+١) عندما يقوم المفحوص بأساسيات المهارة بطريقه كافيه للحكـــم علـــى الأداء بأنه عاده .
- يعطى الطفل (٠,٥) درجه إذا كانت المهارة في مرحلة الظهور أو يؤديـــها المفحـــوص بصوره ليست متكررة .
- يعطى الطفل (صفر) في حالة المهارة التى لا يؤديها إلا نادرا أو لا يؤديها على الإطلاق

وتحسب الدرجة الكلية بجمع درجات المفحوص علي مفردات الاختبار وتعـــبر عـــن العمر الاجتماعي ، ثم تحسب درجة النضج الاجتماعي أو المهارات الاجتماعية كالآتي : -

النضج الاجتماعي = $\frac{\text{العمر الاجتماعي}}{\text{العمر الزمنى}}$ x ١٠٠ (فاروق صادق ، ١٩٨٥ ، ٤٢-٤٣) .

مبررات استخدام الباحثة هذا المقياس :-

١- يعبر عن الوصف التفصيلي للسلوك الاجتماعي لأفراد العينة وبهذا يمكن التعـــرف علـــي مجالات القصور لدي الحالات التي يبنى على أساسها البرنامج التدريبي .

٢- الدرجة الكلية على المقياس تعبر عن درجة النضج الاجتماعي للفرد وهى بذاتها تعبر عـــن المهارات الاجتماعية لدية .

٣- يفيد في تقييم فعالية برنامج المهارات الاجتماعية وذلك عن طريق المقارنة بين درجـــات أفراد العينة على المقياس قبل وبعد البرنامج .

[٣]- قائمة ريملاند لتشخيص الأطفال ذوى السلوك المضطرب ملحق رقم (٦)

Rimland's Diagnostic Checklist For Behavior Disturbed Children

أعد ريملاند الصورة الأولى لهذه القائمة (١٩٦٤) ، ثم أضاف إليها بعض التعـــديلات

وتم نشرها في الصورة الثانية (١٩٧١) - هى الصورة المستخدمة في الدراسة الحالية .

وقد كلف معهد أبحاث الاوتيزم بسان دييجو - كاليفورنيا ريملاند بإعداد هذه القائمة لتستخدم في تشخيص الأطفال ذوى الاضطراب السلوكي الحاد مثل الاوتيزم - الاضطرابات الانفعالية والاضطرابات النمائية الشاملة بصفة عامه .

وتشتمل هذه القائمة على (٨٠) سؤالا تعبر عن خصائص النمو المبكر للأطفال ، ويتم التشخيص بناء على تقديرات الأباء لخصائص نمو أطفالهم في السنوات الخمس الأولى من الحياة ، باختيار إجابة واحدة لكل سؤال يعتقد أنها أكثر الإجابات دقه وتعبيرا لحالة الطفل (Campbell- et als , 1991, 329- 330) .

وقد قام مركز سيتى - كاريتاس مصر بترجمة هذه القائمة (الصورة الثانية ،١٩٧١) إلى العربية وأدخل عليها بعض التعديلات البسيطة كي تكون أقرب للفهم والتطبيق ، وتركزت أسئلتها في (٧٦) سؤالا تعبر جميعها عن خصائص نمو الطفل في الخمس سنوات الأولى من العمر ، وتنحصر درجات القائمة بين (+ ٤٥ ، -٤٥) ويشخص الطفل بأنه اوتيستك إذا حصل على درجات أكثر من (٢٠ - ٤٥) .

الكفاءة السيكومترية للقائمة :-

استخدمت هذه القائمة بكفاءة في دراسات عديدة : ريملاند (١٩٧١)، يولر وآخرون (١٩٧٥) ، تيل ، ويب (١٩٨٦) لتصنيف مجموعة الاوتيستك إلى ثلاث مجموعات:-

١- مجموعة الأطفال الذين يظهرون إحدى سمات الاوتيزم ويطلق عليهم مجموعة الأطفال شبيه الاوتيستك Autistic Like .

٢- المجموعة التي تتشابه أعراضها مع أعراض الاوتيزم مثل "اسبرجر ، ريـنت" وتسمى بمجموعة النطاق الاوتيزمى Autistic Spectrum .

٣-مجموعة اوتيزم الطفولة المبكرة كما وصفه كانر ويطلق عليه Early Infantile Autism (Campbell,etal,1991, 330) .

أولا صدق القائمة :-

استخدمت القائمة في العديد من مراكز الإعاقات بالقاهرة والاسكندريه لتشخيص حالات الاضطراب السلوكي خاصة "الاوتيزم" والتعرف على أسباب الإعاقة من خلال الوصف التفصيلي للتاريخ التطوري للحالة كما يذكره الأباء كمصادر أساسيه لهذه المعلومات.

وقد قامت الباحثة الحالية باختبار الكفاءة السيكومترية للقائمة على عينة التقنيـن وذلـك بحساب الصدق والثبات لها .

أولا الصدق : وتم حساب الصدق بالطرق التالية :-

أ - **صدق المحك :** عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجات عينه مـن الأطفـال ذوى الإعاقات الحادة يبلغ عددها ٢٦ حاله تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٤-١٦) سنه علـى القائمة ودرجاتهم على مقياس تقييم اوتيزم الطفولة "لايرك سـكوبلر" وآخـرون (١٩٨٠) فكان معامل الارتباط حوالي (٠,٨٣) وهذه القيمة داله إحصائيا عند مستوى ٠١,٠.

ب- **الصدق الذاتي :** تم حسابه بإيجاد الجذر التربيعي لمعامل الثبات فكان (٠,٨٧) .

ثانيا ثبات القائمة :-

حسبت الباحثة معامل الثبات للقائمة وذلك بتطبيقها على عينه مـن الأطفـال ذوى الإعاقات الحادة حوالي (٢٦) حاله ثم إعادة تطبيقها على نفس العينة بعد فتره زمنيـة تقـدر بثلاثة أسابيع ، وقام أولياء الأمور بتقدير سلوكيات أطفالهم على هذه القائمة وكـان معـامل الارتباط بين التقديرين (٠,٧٦) وهذه القيمة داله إحصائيا عند مستوى ٠١,٠.

مبررات استخدام الباحثة هذه القائمة :-

١- تعتبر من الأدوات الرئيسية في تشخيص الاوتيزم .

٢- تفيد في التعرف على خصائص النمو المبكر لأفراد العينة وهذا يفيد في دراسة الحالة.

٣- لها كفاءه عالية في التشخيص الفارق الذى يميز مجموعة الاوتيستك عن المجموعـات التي تتشابه معها في بعض السمات .

[٤]- مقياس تقييم اوتيزم الطفولة Childhood Autism Rating Social إعداد الباحثة ملحق رقم (٣)

وضع هذا المقياس سكوبلر وآخرون (١٩٨٠) لتشخيص حالات الاوتـيزم وتحديـد درجة الإعاقة (بسيطة-متوسطة-حادة) ، ويصلح للاستخدام في مرحلتي الطفولة والمراهقة وقد أسس المقياس بناء على تعريفات الاوتيزم المعترف بها آنذاك في الدوائر العلميـة مثـل (DSM-III) وكذلك تعريفات روتر (١٩٧٨) ، ريتفو و فريمان (١٩٧٨) .

ويتكون المقياس من (١٥) بعد يتم من خلالها رصد سلوك الطفـل لتحديد وجـود

أو عدم وجود الأعراض السلوكية المميزة للاوتيزم ، ويتم تقدير العبارات حسب شدتها من (١-٤) ، حيث (١) تعبر عن أن السلوك طبيعي وملائم لسن الطفل ، (٤) تعبر عن أن السلوك شاذ بدرجه كبيره وغير ملائم لسنه .

ويمكن تلخيص أبعاد المقياس الخمسة عشر على النحو التالي :-

١- قصور في العلاقات الإنسانية .
٢- غياب القدرة على التقليد .
٣- قصور انفعالي عاطفي وجداني .
٤- سلوكيات نمطيه شاذة .
٥- التمسك بحمل أشياء عديمة القيمة .
٦- مقاومة التغيير .
٧- شذوذ الاستجابة للمثيرات البصرية .
٨- شذوذ الاستجابة للمثيرات السمعية .
٩- شذوذ في حواس اللمس والتذوق والشم .
١٠- القلق والخوف المرضى .
١١- قصورالتواصل اللفظي .
١٢- قصورالتواصل غير اللفظي .
١٣- قصور في مستوى النشاط .
١٤- قصور الأداء الذهني .
١٥- انطباعات عامه .

وتنتظم الدرجات الكلية للمقياس على متصل طرفيه (١٥،٦٠) وتصنف درجة الإعاقة عليه على النحو التالي :-

من (١٥ -٣٠) ليس اوتيستك non Autistic ، من (٣٠ - ٣٦) اوتيزم بسيط أو متوسط Moderately Autistic، من (٣٦ - ٦٠) اوتيزم شديد Severely Autistic وبهذا فان الطفل الاوتيستك الذي ينتمي لعينة الدراسة الحالية من يحصل على درجة (٣٠) أو أكثر على هذا المقياس .

الكفاءة السيكومترية للمقياس في البيئة الأجنبية :-

استخدم المقياس كأداة أساسيه في تشخيص حالات الاوتيزم ، واستخدمه كثير من الباحثين لهذا الغرض مورجان Morgan (١٩٨٨) ، جارفن وآخرونGarfin,et als (١٩٨٨) أما دراسة تيل ، ويب Teal, Wibe (١٩٨٦) فقد أثبتت أنه أفضل من قائمة ريملاند الطبعة الثانية (١٩٧١) واستمارة فرز حالات الاوتيزم في مجال التخطيط التعليمي (ASIEP) في تمييز الأطفال الاوتيستك عن الأطفال ذوى التخلف العقلي القابلين للتدريب (Campbell,et als,1991,330-331) .

تقنين المقياس في البيئة العربية :-

قامت الباحثة – بعد حصولها على أصل المقياس- بترجمته ثم عرضت الترجمة على السادة المشرفين وتم تعديل صياغة بعض العبارات كى تكون أقرب للفهم ، ثم عرضت الصورة المعدلة على السادة المحكمين * وهم من أساتذة علم النفس والصحة النفسية ، وبناء على آرائهم تم تعديل صياغة العبارات مرة أخرى وهى الصورة المستخدمة في الدراسة الحالية .

أولا صدق المقياس :-

اتبعت الباحثة الأساليب التالية لحساب صدق المقياس :-

أ- **صدق المحكمين** : بعد إجراء التعديلات التي أشار إليها السادة المشرفين والمحكمين اتفق الجميع على أن المقياس صادق في تقييم اوتيزم الطفولة.

ب- **صدق المحك** : تم حساب معامل الارتباط بين درجات عينه مكونه من (٢٦) طفلا وطفله ذوى إعاقات نمائية متنوعة يتراوح العمر الزمني لهم بين (٤-١٦) سنه على قائمة ريملاند التشخيصية (١٩٧١) وهذا المقياس ، فكان معامل الارتباط بينهما (٠,٨٣) . وكذلك تم حساب معامل الارتباط بين درجات (١٦) طفلا وطفله اوتيستك على مقياس اوتيزم الطفولة ودرجات نفس العينة على محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV) فكان (٠,٩٣) وهذه القيم داله عند مستوى ٠,٠١ .

جـ-**الصدق الذاتي** : تم حسابه بإيجاد الجذر التربيعي لمعامل الثبات ، وقد بلغ معامل الصدق الذاتي للمقياس (٠,٩٦) .

ثانيا ثبات المقياس:

استخدمت الباحثة الطرق التالية لتحقيق ثبات المقياس :-

أ- **إعادة الاختبار** : تم حسابه عن طريق التطبيق وإعادة التطبيق على عينه من الأطفال الاوتيستك يبلغ عددها (١٦) طفلا وطفله ويتراوح العمر الزمنى لهم بين

* ١- أ.د / عبد السلام الشيخ ، أستاذ ورئيس قسم علم النفس بكلية الآداب – جامعة طنطا .
٢- أ.د / حسين عبد العزيز الدريني ، أستاذ علم النفس بجامعة الأزهر .
٣- د. / محمد محمد الحسانين ، أستاذ علم النفس المساعد بكلية الآداب – جامعة طنطا .
٤- د. / آمال عبد السميع باظه ، أستاذ الصحة النفسية المساعد ورئيس قسم علم النفس بكلية التربية بكفرالشيخ – جامعة طنطا .
٥- د. / فريدة عبد الغنى السماحى ، مدرس الصحة النفسية بكلية التربية بكفرالشيخ – جامعة طنطا .

(٤-١٤) سنه بفارق زمنى قدره (٢١) يوما ، فكان معامل الارتباط بين التقديرات التى قام بها مدرسي الأطفال (٠,٩٣) وهذه القيمة داله عند مستوى ٠,٠١ .

وكذلك تم حساب معامل الارتباط بين تقديرات الآباء ومدرسي الفصول لنفس العينة السابقة فكان الارتباط كبير ودال إحصائيا عند مستوى ٠,٠١ ويقدر بحوالي (٠,٩٦) .

ب- **التجزئة النصفية** : تم حسابه بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة سبيرمان وبراون Spearman, Brown للتجزئة النصفية لدرجات العبارات ذات الأرقام الفردية والعبارات ذات الأرقام الزوجية على نفس العينة السابقة ، فكان معامل الثبات (٠,٩٥) وهو دال إحصائيا عند مستوى ٠,٠١ .

مبررات إعداد الباحثة هذا المقياس :-

١-قلة -بل عدم وجود- أدوات خاصة لتشخيص الاوتيزم في المكتبة العربية (في حدود علم الباحثة) .

٢-كفاءة المقياس السيكومتريه في تشخيص وتقييم الأطفال الاوتيستك .

٣-صلاحيته للاستخدام في اختبار فعالية البرامج التدريبية المقدمة للأطفال الاوتيستك

[٥]- قائمة تقييم أعراض الاوتيزم إعداد الباحثة ملحق رقم (٤)

خطوات إعداد القائمة :-

١-**الهدف من إعداد القائمة** : اختبار فعالية برامج الدراسة المقدمة للأطفال الاوتيستك وأسرهم في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لدى هؤلاء الأطفال .

لذا فقد تضمنت عبارات القائمة كافة أعراض الاوتيزم التى أشارت إليها الدراسات . واستطاعت الباحثة إعداد هذه القائمة بعد اتباع الإجراءات التالية:-

أ- الاطلاع على الدراسات التى تناولت خصائص ومحكات الاوتيزم : -

يونج ودوجلاس (١٩٨٠) ، دافيد ، بويد (١٩٨٤) ، راموندو ، ميليك (١٩٨٤) ، بيترز (١٩٨٥) ، اوفيرال ، كامبل (١٩٨٨) ، بريور وآخرون (١٩٩٠) ، اوزنوف وآخرون (١٩٩١) ، كابس وآخرون (١٩٩٢) ، كلاين وآخرون (١٩٩٢) ، ساند بيرج وآخرون (١٩٩٣) ، عمر بن الخطاب (١٩٩٣، ١٩٩٤) .

ب- الاطـــلاع علـــى الدليـــل التشـــخيصي والإحصـــائي الثـــالث المعـــدل للاضطرابـــات العقلية (DSM-III-R) ، والدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV) ، خاصـــة مـــا يتعلق بمحكات تشخيص الاوتيزم .

جـــ- قدمت الباحثة استبيانا مفتوحا لأولياء أمور الأطفال الاوتيستك عبارة عن سؤال واحـــد ينص على : ما أهم المظاهر السلوكية التي يصدرها طفلك الاوتيستك ؟ وبعد الحصول علـــى استجابات أولياء الأمور تم تصنيف هذه المظاهر السلوكية في أبعاد أساسيه بالاســـتعانة بمـــا أشارت إليه الدراسات السابقة .

د- من خلال تطبيق مقياسي السلوك التوافقي والنضج الاجتماعي على أفراد العينة تم استنتاج أهم المظاهر السلوكية الشائعة لدى هؤلاء الأطفال .

هـــ - تم تجميع ما توصلت إليه الباحثة من سلوكيات مميزه للأطفال الاوتيستك مـــن خـــلال ملاحظتها ومعايشتها لهؤلاء الأطفال وما توصلت إليه من خلال الخطوات السابقة ، ثـــم تـــم تصنيف هذه المظاهر في أبعاد أساسية للاضطراب حيث يشتمل كل بعد علـــى (١٢) عبـــارة تعبر عنه ، ومجموع عبارات القائمة (٦٠) عبارة ويمكن عرض أبعاد القائمة على النحو التالي :-

١- **الاضطرابات اللغوية** : تتمثل في قصور الفهم والتعبير ،بـــدء المحادثـــة أو اســـتمرارها، الترديد الآلي لما يسمعه ، قصور في التعميم وعدم القدرة على الكلام .

٢- **الاضطرابات الاجتماعية** : تتمثل في القصور في (التقليد ، تكوين صدقـــات ، التواصـــل غير اللفظي ومشاركة الجماعة) .

٣- **الاضطرابات الانفعالية** : تتمثل في عدم القدرة على فهم انفعـــالات الآخريـــن ، التقلـــب المزاجي وضعف الحساسية للألم الجسمي .

٤- **مشكلات السلوك الاستقلالي** : تتمثل في عدم القدرة على رعاية الـــذات فـــي المـــأكل ، الملبس ، النظافة وتجنب الأخطار .

٥- **المشكلات السلوكية** : تتمثل في ممارسة السلوكيات النمطية ، إيذاء الـــذات والآخريـــن ، شذوذ في النشاط الحركي ، الثورة والغضب ، مضايقة الآخرين .

و- عرضت القائمة في صورتها الأولية على السادة المشرفين ، حيث تم تعديل صياغة بعض العبارات وحذف بعض العبارات الطويلة أو المركبة أو التي تعطى نفس المعنى الذي تحملـــه عبارة أخرى ، ثم عرضت بعد ذلك على السادة المحكمين – سبق الإشارة إليهم – وبنـــاء

على آرائهم تم تعديل عبارات القائمة لتناسب الهدف الذي وضعت من أجله .

٢- الصورة المعدلة للقائمة :-

بعد التعديلات التي أبداها السادة المحكمين والمشرفين على عبارات القائمة تم الإبقاء على (٤٥) عبارة بواقع (٩) عبارات لكل بعد ، وتتدرج الاستجابة على القائمة من (دائما-أحيانا-نادرا-أبدا) بدرجة (٣-٢-١-٠) .

٣- الكفاءة السيكومترية للقائمة :-

أولا الصدق :- تم حسابه بالطرق التالية :-

أ- صدق المحكمين : تم ذلك بعرض القائمة في صورتها الأولية على السادة المحكمين والمشرفين مع تحديد التعريف الإجرائي لأبعاد القائمة وتم الإبقاء على العبارات التي بلغت نسبة الاتفاق عليها ٨٥٪ فأكثر وذلك حتى تكون على درجه عالية من الثقة .

وتوضح الجداول التالية نسب اتفاق المحكمين والمشرفين على القائمة وعددهم (٧)

جدول رقم (١١)

نسب الاتفاق على عبارات بعد الاضطرابات اللغوية

رقم العبارة	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢
نسبة الاتفاق	١٠٠	٨٥,٧	١٠٠	٧١,٤	٨٥,٧	١٠٠	٥٧,١	٨٥,٧	١٠٠	٧١,٤	١٠٠	٨٥,٧

جدول رقم (١٢)

نسب الاتفاق على عبارات بعد الاضطرابات الاجتماعية

رقم العبارة	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢
نسبة الاتفاق	١٠٠	١٠٠	٨٥,٧	١٠٠	٥٧,١	٧١,٤	١٠٠	٨٥,٧	٨٥,٧	١٠٠	١٠٠	٧١,٤

جدول رقم (١٣)

نسب الاتفاق على عبارات بعد الاضطرابات الانفعالية

رقم العبارة	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢
نسبة الاتفاق	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٨٥,٧	٨٥,٧	٥٧,١	١٠٠	١٠٠	٧١,٤	١٠٠	٧١,٤

جدول رقم (١٤)

نسب الاتفاق على عبارات 'بعد مشكلات رعاية الذات

رقم العبارة	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢
نسبة الاتفاق	١٠٠	١٠٠	٨٥,٧	١٠٠	١٠٠	٧١,٤	٨٥,٧	١٠٠	٥٧,١	١٠٠	٧١,٤	٨٥,٧

جدول رقم (١٥)

نسب الاتفاق على عبارات 'بعد المشكلات السلوكية

رقم العبارة	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢
نسبة الاتفاق	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٧١,٤	٨٥,٧	١٠٠	١٠٠	٥٧,١	٨٥,٧	١٠٠	١٠٠	٥٧,١

ب - **صدق المحك** : تم حساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينـــة وعددهـا (١٦) حاله على القائمة ودرجاتهم على محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (١٩٩٤) الخاصة بالاوتيزم ، فكان معامل الارتباط (٠,٧٥) وهو دال عند مستوى ٠,٠١ .

ج-**الصدق الذاتي** : تم حسابه بإيجاد الجذر التربيعي لمعامل الثبات وقـد بلـغ (٠,٩٣)

ثانيـــا الثبـــات :

تم حسابه بالطرق التالية :-

أ- **الاتساق الداخلي** : تم توزيع القائمة على أباء وأمـهات عينـه مـن الأطفال ذوى الإعاقات النمائية الشاملة (١٦) وبعد الحصول على تقديراتـــهم لأبنائهم على أبعاد القائمة تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجة على كـل بعد والدرجة الكلية للقائمة ، وكذلك تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجـة على كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه العبارة .

وفيما يلي الجداول التي توضح معاملات الارتبـاط ومسـتوى الدلالـة الإحصائية .

جدول رقم(١٦)

معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية ومستوى الدلالة (ن=١٦)

البعد	الاضطرابات اللغوية	الاضطرابات الاجتماعية	الاضطرابات الانفعالية	مشكلات رعاية الذات	المشكلات السلوكية
معامل الارتباط	,٧٧	,٧٣	,٦٩	,٧٥	,٨٣
مستوى الدلالة	,٠١	,٠١	,٠١	,٠١	,٠١

جدول رقم (١٧)

معاملات الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه العبارة ومستوى الدلالة

البعد	الاضطرابات اللغوية		الاضطرابات الاجتماعية		الاضطرابات الانفعالية		مشكلات رعاية الذات		المشكلات السلوكية	
رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	,٧٦	,٠١	,٦٧	,٠١	,٦٩	,٠١	,٨٣	,٠١	,٧٦	,٠١
٢	,٥٩	,٠٥	,٧٦	,٠١	,٧٢	,٠١	,٨٧	,٠١	,٨١	,٠١
٣	,٨٣	,٠١	,٥٨	,٠٥	,٦٧	,٠١	,٥٨	,٠٥	,٩٢	,٠١
٤	,٦٢	,٠٥	,٨٢	,٠١	,٨٣	,٠١	,٦٩	,٠١	,٥٧	,٠٥
٥	,٧١	,٠١	,٩٣	,٠١	,٥٦	,٠٥	,٧٢	,٠١	,٦٩	,٠١
٦	,٥٥	,٠٥	,٦٢	,٠٥	,٦٢	,٠٥	,٥٦	,٠٥	,٧٤	,٠١
٧	,٧٩	,٠١	,٥٩	,٠٥	,٧١	,٠١	,٨٩	,٠١	,٦١	,٠٥
٨	,٨٣	,٠١	,٧٤	,٠١	,٧٩	,٠١	,٦٩	,٠١	,٦٨	,٠١
٩	,٦٤	,٠٥	,٨٦	,٠١	,٨٥	,٠١	,٦٤	,٠٥	,٧٧	,٠١

ب - إعادة التطبيق :-

تم حساب الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق بفاصل زمني قدره (٢١) يوما على نفس أفراد العينة السابقة ، حيث قام الأباء بتقدير سلوكيات أطفالهم على القائمة ثم إعادة التقدير مره أخرى وتم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل فرد على القائمة في التقديرين فكان (٠,٨٧) وهو دال عند مستوى ٠١, .

وبهذا تتحقق الكفاءة السيكومترية للقائمة .

طريقة تطبيق القائمة :-

يقوم بتقدير سلوك الطفل على القائمة مدرس الفصل أو أحد والديه باعتبار كل منهما ملاحظ جيد لسلوك الطفل ، فيضع الملاحظ علامة (X) تحت المستوى الذي يعبر عن سلوك الطفل .

طريقة تقدير الدرجات على القائمة :-

إذا كان الطفل يؤدى السلوك باستمرار وفي كل المواقف فيأخذ (٣)

أما إذا كان الطفل يؤدى السلوك ولكن ليس باستمرار فيأخذ (٢)

وإذا كان الطفل يؤدى السلوك على فترات متباعدة أو نادرا ما يؤديه فيأخذ (١)

وإذا كان الطفل لا يؤدى السلوك ولو مره واحدة فيأخذ (صفر)

بعد ذلك تجمع درجات كل بعد على حده وتتراوح درجات البعد بين (صفر-٢٧) ثم تجمع درجات الأبعاد الخمسة فتتراوح الدرجة الكلية للقائمة بين (صفر-١٣٥) .

ثالثا : الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة :-

١-تم حساب الالتواء للتحقق من تجانس العينة الكلية على أدوات الدراسة .

٢-تم حساب معامل الارتباط للتحقق من الكفاءة السيكومترية لأدوات الدراسة .

٣-تم استخدام تحليل التباين اللابارامترى - أحادى الاتجاه " اختبار كروسكال-واليس" للتعرف على وجود فروق بين مجموعات التصميم التجريبي أم لا .

٤-تم استخدام اختبار مان ويتنى "Mann-Whitney" للكشف عن دلالة الفروق للعينات الصغيرة غير المرتبطة .

٥-تم استخدام اختبار الإشارة Sign-Test للكشف عن دلالة الفروق للعينات الصغيرة المرتبطة .

رابعا خطوات الدراسة :-

١-تم اختيار عينة الدراسة بناءا على توافر الشروط التالية :-

أ-محكات أو معايير الاوتيزم - كما جاءت في الدليل التشخيصي والإحصائي في طبعته الرابعة (DSM-IV) .

ب -الدرجة على قائمة ريملاند التشخيصية تتراوح بين (٢٠-٤٥) .

ج- الدرجة على مقياس اوتيزم الطفولة تتراوح بين (٣٠-٦٠) .

وبعد ذلك تم تقسيم العينة الكلية (التي بلغ عددها ١٦ حاله من فئة الاوتيستك التي تحدث عنها "كانر" ولا ينتمون لفئة شبيه الاوتيستك أو فئة نطاق الاوتيزم مثل اسبيرجر،ريت) إلى أربع مجموعات على النحو التالي :-

- المجموعة الاولى (ضابطة) وعددها أربعة أطفال (٣ أولاد- بنت) طبق عليهم أدوات الدراسة فيما عدا البرامج التدريبية .
- المجموعة الثانية (تجريبية(١)) وعددها أربعه أولاد طبق عليهم أدوات الدراسة وبرنامج المهارات الاجتماعية .
- المجموعة الثالثة (تجريبية(٢)) وعددها أربعة أطفال (ولدين- بنتين) طبق عليهم أدوات الدراسة وبرنامج إرشادي لأسرهم .
- المجموعة الرابعة (تجريبية(٣)) وعددها أربعة أطفال (ولدين-بنتين) طبق عليهم أدوات الدراسة وبرنامجي المهارات الاجتماعية والإرشاد الأسرى .

كما تم المجانسة في متغيرى السن والذكاء للعينة الكلية و مجموعات التصميم التجريبي ، بالإضافة إلى تحقيق التجانس على أدوات الدراسة جميعها .

٢- تم تقنين الأدوات السيكومتريه المستخدمة في الدراسة على عينه من الأطفال ذوى الإعاقات النمائية الشاملة .

٣- تم تطبيق الأدوات السيكومتريه ومنها (مقياس اوتيزم الطفولة - قائمة ريملاند التشخيصية - مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي - مقياس السلوك التوافقي - قائمة تقييم أعراض الاوتيزم)

على عينة الدراسة كتطبيق قبلي .

٤- تم تطبيق برنامج المهارات الاجتماعية على المجموعة الثانية (تجريبيـــة(١)) واسـتغرق التطبيق حوالي عام دراسي كامل منذ (٤/١٠/ ١٩٩٧وحتى ١٩٩٨/٤/٢) وتم التطبيق فـــي جمعية "أباء وأبناء" بالقاهرة ومركز "الرجاء" بطنطا ، وبلغ عدد جلسات البرنامج (٦٥) جلسة بواقع ثلاث جلسات أسبوعيا واستغرق وقت الجلسة (١٠٠) دقيقه تقريبا بواقع (٢٠) دقيقه لكل حاله ثم (٢٠) دقيقه أخرى للمجموعة ككل .

٥- تم تطبيق برنامج الإرشاد الأسري على أمهات أطفال المجموعة الثالثة (تجريبية(٢)) وبلـغ عدد لقاءات البرنامج (٢٥) لقاء بواقع لقاء أو اثنين أسبوعيا طبقـــا لرغبـــات المشــتركات ، واستغرق وقت اللقاء من (٦٠-٧٥) دقيقه تقريبا وقذ يصل وقت اللقاء إلى ساعة ونصف طبقا لطبيعة الحوار . وبدأ تطبيق البرنامج في نفس الوقت الذي بدأ فيه تطبيق برنامج المـــهارات الاجتماعية .

٦- تم تطبيق كل من برنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسري على المجموعـة الرابعة (تجريبية(٣)) بنفس الكيفية السابقة .

٧- تم تطبيق الأدوات السيكومتريه على مجموعات التصميم التجريبي مرة أخرى كتطبيـــق بعدى أول .

٨- للتأكد من استمرار فعالية برنامجي الدراسة ، تم تطبيـــق الأدوات السـيكومتريه علـــى مجموعات التصميم التجريبي بعد مرور شهرين تقريبا من انتهاء تطبيق البرامج وذلك كتطبيق بعدى ثاني .

٩- استخدمت الأساليب الإحصائية المناسبة (سبق الإشارة إليها) لمعالجة بيانـــات الدراســة والتحقق من صحة الفروض .

خامسا برامج الدراسة :-

اتجهت الباحثة إلى استخدام طريقتين متكاملتين لتدريـــب مجموعــه مـــن الأطفـــال الاوتيستك بهدف تخفيف حدة أعراض الإعاقة لديهم ، وللمقارنة بين نتائج الأسلوبين وتأثيرهما معا في تحقيق هذا الهدف .

١-**الأسلوب الأول** : هو إرشاد وتدريب أمهات الأطفال الاوتيستك بغـــرض تعديـل أساليب التعامل مع أطفالهن الاوتيستك وكيفية تدريب هؤلاء الأطفال على مهارات التواصـــل

اللفظي وغير اللفظي – التفاعل الاجتماعي – رعاية الذات – التحكم في المشكلات السلوكية . ملحق رقم (١) .

٢-**الأسلوب الثاني** : هو تدريب مجموعة من الأطفال الاوتيستك على بعض المهارات الاجتماعية من خلال فنيات تعديل السلوك بهدف تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لديهم ، وقد اختارت الباحثة المهارات الاجتماعية التي أجمعت الدراسات على أن الأطفال الاوتيستك لديهم عجز رئيسي فيها وهذه المهارات هي التواصل اللفظي وغير اللفظي – التفاعل الاجتماعي – السلوك الاستقلالي – المشكلات السلوكية . ملحق رقم (٢) .

وقد تم عرض الصورة الأولية لبرنامجي الدراسة على السادة المشرفين وتم إجراء التعديلات التي أشارا إليها ، ثم عرضت الصورة المعدلة علي السادة المحكمين – سبق الإشارة إليهم – وبناء على آرائهم تم إجراء التعديلات التي أشاروا إليها وأصبحت في صورتها النهائية التى تم تطبيقها ، وسوف يتم عرضها بالتفصيل في الملاحق .

الفصل الخامس

النتائج والتفسير

- النتائج الإحصائية وتفسيرها
- الحالات الكلينيكية
- التوصيات والتوجيهات التربوية

الفصل الخامس

النتائج والتفسير

مقدمة :

تعد النتائج والتفسير هما محصلة البحث والإسهام العلمي المتوقع من الدراسة ، وتقدم الباحثة في هذا الفصل النتائج التى توصلت إليها والتفسير الذي قدم لهذه النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة. كما أن هذا الفصل يتضمن وصفا كلينيكيا لحالتين تم دراستيهما دراسة متعمقة وذلك للكشف عما عجزت عنه الاختبارات السيكومترية ، وينتهي الفصل بالتوصيات التربوية والإرشادية التي يجب الأخذ بها في مجال تطبيق برنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسري لفئة الأطفال الاوتيستك وأسرهم .

أولاً : نتائج الفرض الأول

ينص الفرض الأول :- يوجد تأثير دال إحصائيا لبرنامج من المهارات الاجتماعية وبرنامج للإرشاد الأسري في تخفيف أعرض الاوتيزم لدي عينة من الأطفال الاوتيستك .

ومن أجل تحقيق هذا الفرض فقد تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية :-

١- اختبار كروسكال – واليس لتحليل التباين اللابارامترى أحادي الاتجاه للتعرف على أثر البرامج المستخدمة من خلال المقارنة بين مجموعات التصميم التجريبي (ضابطة – تجريبية(١) – تجريبية(٢) – تجريبية(٣)) في التطبيق البعدي الأول لأدوات الدراسة ، والجدول التالي يوضح ذلك :-

جدول رقم (١٨)

نتائج تحليل التباين اللابارامترى-أحادى الاتجاه-بين درجات مجموعات التصميم التجريبى ضابطة – تجريبية(١) – تجريبية(٢) – تجريبية(٣) في التطبيق البعدى الأول لأدوات الدراسة

أدوات الدراسة	قيمة (هـ) المحسوبة	أدوات الدراسة	قيمة (هـ) المحسوبة
اختبار اوتيزم الطفولة	١٣٫٠٦	بُعد الاضطرابات اللغوية	١٢٫٨٨
مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي	١٣٫٠٦	بُعد الاضطرابات الاجتماعية	١٣٫١٨
الجزء الأول من السلوك التوافقي	١٣٫٠٦	بُعد الاضطرابات الانفعالية	١٢٫٠٩
الجزء الثاني من السلوك التوافقي	١١٫٠١	بُعد مشكلات رعاية الذات	١٢٫٩١
قائمة أعراض الاوتيزم (درجة كلية)	١٢٫٧١	بُعد المشكلات السلوكية	١٢٫٣٣

بما أن قيم (هـ) لتحليل التباين باستخدام اختبار "كروسكال-واليس" الجدولية عندما يكون عدد مجموعات المقارنة أربعة (٤:٤:٤:٤) أى في كل مجموعة أربعة أفراد، كانت عند مستوى ٠٥,٠= ٧,٢٣٥ ، وعند مستوى ٠١,٠ = ٩,٢٨٧ .

وبمقارنة قيم (هـ) المحسوبة على أدوات الدراسة في التطبيق البعدى الأول بالقيم الجدولية وجد أن القيم المحسوبة أكبر من القيم الجدولية عند مستويات الدلالة ٠٥,٠ ، ٠١,٠ .

وتشير هذه القيمة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات التصميم التجريبى الأربع في التطبيق البعدي الأول لأدوات الدراسة جميعها عند مستوى ٠١,٠ . مما يوضح أن هناك تأثير دال للبرامج التى طبقت على المجموعات التجريبية الثلاث .

وللتعرف على اتجاه هذا التأثير فقد تم استخدام الأساليب التالية :-

١- اختبار "مان-ويتنى" Mann-Whiteny لدلالة الفروق بين المجموعات المستقلة للتعرف على اتجاه التأثير الفعال للبرامج ، وذلك من خلال مقارنة كل مجموعة تجريبية بالمجموعة الضابطة في نتائج التطبيق البعدى الأول لأدوات الدراسة ، والجداول التالية توضح ذلك :-

جدول رقم (١٩)

درجات ورتب كل من المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية(١) في التطبيق البعدي الأول لأدوات الدراسة

اوتيزم الطفولة				فاينلاند للنضج الاجتماعى				الجزء الأول من السلوك التوافقى				الجزء الثاني من السلوك التوافقى				قائمة أعراض الاوتيزم "كلية"			
ضابطة		تجريبية(١)		ضابطة		تجريبية(١)		ضابطة		تجريبية(١)		ضابطة		تجريبية(١)		ضابطة		تجريبية(١)	
د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر
٥١	٥	٣٩	٢	٥٠	٤	٦٢	٧	٨٥	٤	١٠٥	٧	٣٧	٥	١٧	٢	١١١	٥	٦٨	٢
٥٤	٦	٤٧	٣,٥	٤٣	٣	٥٢	٥	٤٨	٢	١٠٢	٦	٣٨	٦	٢٦	٤	١١٢	٦	٧٣	٣
٥٨	٨	٤٧	٣,٥	٣١	١	٥٧	٦	٤٦	١	٨٩	٥	٨٠	٨	٢٠	٣	١١٨	٧	٧٩	٤
٥٧	٧	٣٤	١	٣٩	٢	٦٣	٨	٥٦	٣	١٠٧	٨	٦٠	٧	١٠	١	١١٩	٨	٥٨	١
مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ١٠		مجـ ر٢ = ٢٦		مجـ ر١ = ١٠		مجـ ر٢ = ٢٦		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠	

تابع جدول رقم (١٩)

بعد الاضطرابات اللغوية				بعد الاضطرابات الاجتماعية				بعد الاضطرابات الانفعالية				بعد مشكلات رعاية الذات				بعد المشكلات السلوكية			
ضابطة		تجريبية(١)		ضابطة		تجريبية(١)		ضابطة		تجريبية(١)		ضابطة		تجريبية(١)		ضابطة		تجريبية(١)	
د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر
٢٤	٥	١٨	١	٢٧	٨	١٧	٢	٢٠	٥	١٥	١,٥	١٩	٥	٨	٢	٢١	٦,٥	١٠	٣
٢٥	٦,٥	٢٠	٣	٢٥	٦,٥	١٩	٣	٢١	٦	١٦	٣	٢١	٦	٩	٣	٢١	٦,٥	٩	٢
٢٦	٨	٢١	٤	٢٥	٦,٥	٢٠	٤	٢٤	٧	١٧	٤	٢٢	٧,٥	١٠	٤	٢١	٦.٥	١١	٤
٢٥	٦,٥	١٩	٢	٢٦	٧	١٦	١	٢٥	٨	١٥	١,٥	٢٢	٧,٥	٣	١	٢١	٦,٥	٥	١
مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠	

... مجـ ر٢ = مجموع رتب درجات المجموعة التجريبية(١)، (د) تعنى الدرجة ، (ر) تعنى الرتبة .

وقد تم حساب قيم اختبار "مان ويتني" (ى١ ، ى٢) على كل أداة وأخذ القيمة الصغرى فيهما ، ،فكانت قيمة (ى) المحسوبة= صفر ، وبالكشف عن قيمة (ى) الجدولية عندما (ى) المحسوبة = صفر ، ن١=ن٢=٤ (ن١ عدد أفراد المجموعة الضابطة ،ن٢ عدد أفراد المجموعة التجريبية(١) كانت (ى) الجدولية = ٠,٠٢٩ ، وحيث أن (ى) المحسوبة أقل من (ى) الجدولية فتشير هذه النتيجة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة التجريبية في التطبيق البعدى الأول لأدوات الدراسة عند مستوى ٠,٠٥ وهذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية(١) ، كما تشير هذه النتيجة أيضا إلى فعالية برنامج المهارات الاجتماعية في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لدى أفراد المجموعة التجريبية(١) والتى ظهرت في انخفاض درجات هذه المجموعة على مقاييس أعراض الاوتيزم وارتفاع درجاتهم على مقاييس النضج الاجتماعي والجزء الأول من السلوك التوافقي ، وذلك بالمقارنة بدرجات المجموعة الضابطة على نفس الأدوات .

جدول رقم (٢٠)

درجات ورتب كل من المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية(٢) في التطبيق البعدي الأول لأدوات الدراسة .

اوتيزم الطفولة				فاينلاند للنضج الاجتماعى				الجزء الأول من السلوك التوافقى				الجزء الثانى من السلوك التوافقى				قائمة أعراض الاوتيزم "كلية"			
ضابطة		تجريبية(٢)		ضابطة		تجريبية(٢)		ضابطة		تجريبية(٢)		ضابطة		تجريبية(٢)		ضابطة		تجريبية(٢)	
د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر
٥١	٥	٣٩	٤	٥٠	٤	٥٤	٧	٨٥	٤	٨٦	٥	٣٧	٥	١٦	١	١١١	٥	٨٠	٤
٥٤	٦	٣٥	١,٥	٤٣	٣	٥٣	٦	٤٨	٢	١٠١	٧	٣٨	٦	١٨	٣	١١٢	٦	٦٤	١
٥٨	٨	٣٥	١,٥	٣١	١	٥١	٥	٤٦	١	٩٣	٦	٨٠	٨	١٧	٢	١١٨	٧	٦٥	٢
٥٧	٧	٣٧	٣	٣٩	٢	٥٩	٨	٥٦	٣	١٠٣	٨	٦٠	٧	٢٢	٤	١١٩	٨	٧٢	٣
مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ١٠		مجـ ر٢ = ٢٦		مجـ ر١ = ١٠		مجـ ر٢ = ٢٦		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠	

تابع جدول رقم (٢٠)

بعد الاضطرابات اللغوية				الاضطرابات الاجتماعية				الاضطرابات الانفعالية				مشكلات رعاية الذات				المشكلات السلوكية			
ضابطة		تجريبية(٢)		ضابطة		تجريبية ٢		ضابطة		تجريبية (٢)		ضابطة		تجريبية(٢)		ضابطة		تجريبية (٢)	
د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر
٢٤	٥	٢٠	٣,٥	٢٧	٨	١٨	٤	٢٠	٥	١٨	٤	١٩	٥	١٣	٤	٢١	٦,٥	١١	٣,٥
٢٥	٦,٥	١٩	١,٥	٢٥	٥,٥	١٤	٢	٢١	٦	١٠	١	٢١	٦	١١	٣	٢١	٦,٥	١٠	٢
٢٦	٨	٢٠	٣,٥	٢٥	٥,٥	١٣	١	٢٤	٧	١٥	٢.٥	٢٢	٧,٥	٩	١	٢١	٦,٥	٨	١
٢٥	٦,٥	١٩	١,٥	٢٦	٧	١٧	٣	٢٥	٨	١٥	٢,٥	٢٢	٧,٥	١٠	٢	٢١	٦,٥	١١	٣,٥
مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠	

تم حساب قيمة ى١ ، ى٢ على كل أداة وكانت القيمة الصغرى فيهما = صفر ، وبالكشف عن قيمة (ى) الجدولية عندما (ى) الصغرى = صفر ، ن١ = ن٢ = ٤ (حيث ن١ عدد أفراد المجموعة الضابطة ، ن٢ عدد أفراد المجموعة التجريبية(٢)) كانت (ى) الجدولية = ٠٢٩,٠ ، وحيث أن (ى) المحسوبة أقل من (ى) الجدولية فهذا يعنى أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية بين درجات المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة التجريبية(٢) في التطبيق البعدى الأول لأدوات الدراسة عند مستوى ٠٥,٠ ، وهذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية(٢) .

كما توضح هذه النتيجة أيضا فعالية برنامج الإرشاد الأسرى في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لدى حالات المجموعة التجريبية(٢) ، والتى ظهرت في انخفاض درجات هذه المجموعة على مقاييس أعراض الاوتيزم وارتفاع درجاتها على مقاييس النضج الاجتماعى والجزء الأول من السلوك التوافقى وذلك بالمقارنة بدرجات المجموعة الضابطة على هذه الأدوات .

جدول رقم (٢١)

درجات ورتب كل من المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية(٣) في التطبيق البعدى الأول لأدوات الدراسة

اوتيزم الطفولة				فاينلاند للنضج الاجتماعى				الجزء الأول من السلوك التوافقى				الجزء الثانى من السلوك التوافقى				قائمة أعراض الاوتيزم "كلية"			
ضابطة		تجريبية(٣)		ضابطة		تجريبية(٣)		ضابطة		تجريبية (٣)		ضابطة		تجريبية(٣)		ضابطة		تجريبية(٣)	
د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر
٥١	٥	٣٢	٢,٥	٥٠	٤	٨٤	٥	٨٥	٤	١٥٧	٨	٣٧	٥	١٤	٣	١١١	٥	٥٢	٤
٥٤	٦	٣٣	٤	٤٣	٣	٨٥	٦	٤٨	٢	١٤١	٥	٣٨	٦	١٢	١	١١٢	٦	٤٥	٣
٥٨	٨	٣٠	١	٣١	١	٨٩	٧	٤٦	١	١٤٢	٦	٨٠	٨	١٣	٢	١١٨	٧	٢٣	١
٥٧	٧	٣٢	٢,٥	٣٩	٢	٧٨	٤	٥٦	٣	١٥٣	٧	٦٠	٧	١٥	٤	١١٩	٨	٨٣	٢
مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ١٠		مجـ ر٢ = ٢٦		مجـ ر١ = ١٠		مجـ ر٢ = ٢٦		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠	

تابع جدول رقم (٢١)

بعد الاضطرابات اللغوية				بعد الاضطرابات الاجتماعية				بعد الاضطرابات الانفعالية				مشكلات رعاية الذات				المشكلات السلوكية			
ضابطة		تجريبية(٣)		ضابطة		تجريبية(٣)		ضابطة		تجريبية (٣)		ضابطة		تجريبية(٣)		ضابطة		تجريبية(٣)	
د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر
٢٤	٥	١٧	٤	٢٧	٨	١٢	٤	٢٠	٥	١٤	٤	١٩	٥	٤	٤	٢١	٦,٥	٥	٢,٥
٢٥	٦,٥	١٣	٣	٢٥	٥,٥	١١	٣	٢١	٦	١٢	٣	٢١	٦	٣	٢	٢١	٦,٥	٦	٤
٢٦	٨	٥	١	٢٥	٥,٥	٦	١	٢٤	٧	٦	١	٢٢	٧,٥	٣	٢	٢١	٦,٥	٣	١
٢٥	٦,٥	٧	٢	٢٦	٧	٨	٢	٢٥	٨	٨	٢	٢٢	٧,٥	٣	٢	٢١	٦,٥	٥	٢,٥
مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠	

تم حساب ى١ ، ى٢ على كل أداة ، وكانت القيمة الصغرى فيهما = صفر

وبالكشف عن قيمة (ى) الجدولية عندما (ى) الصغرى المحسوبة = صفر ، ن١ = ن٢ = ٤ حيث ن١ عدد أفراد المجموعة الضابطة ، ن٢ عدد أفراد المجموعة التجريبية(٣) ، كانت = ٠٫٠٢٩ ، وحيث أن (ى) المحسوبة أقل من (ى) الجدولية ، فهذا يعنى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة التجريبية(٣) في التطبيق البعدى الأول لأدوات الدراسة عند مستوى ٠٫٠٥ ، وهذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية(٣) ، كما يبين فعالية استخدام برنامجى المهارات الاجتماعية والإرشاد الأسرى معا في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لدى حالات المجموعة التجريبية(٣) والتى ظهرت في انخفاض درجات هذه المجموعة على مقاييس أعراض الاوتيزم وارتفاع درجاتها على مقاييس النضج الاجتماعى والجزء الأول من مقياس السلوك التوافقى ، وذلك بالمقارنة بدرجات المجموعة الضابطة على هذه الأدوات .

باستعراض نتائج الجداول (١٩،٢٠،٢١) تتضح فعالية برنامج المهارات الاجتماعية ، وبرنامج الإرشاد الأسرى ، والبرنامجين معا في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم ، وبهذا يكون الفرض الأول قد تحقق من خلال مقارنة المجموعات التجريبية كل على حدة مع المجموعة الضابطة في نتائج التطبيق البعدى الأول لأدوات الدراسة .

٣-اختبار الإشارة Sing-Test لدلالة الفروق بين المجموعات المترابطة للتعرف على اتجاه التأثير من خلال المقارنة بين نتائج التطبيقين القبلى والبعدى الأول في كل مجموعة من مجموعات التصميم التجريبى ، والجداول التالية توضح ذلك .

جدول رقم (٢٢)

دلالة الفروق بين درجات التطبيقين القبلى والبعدى الأول للمجموعة الضابطة على أدوات الدراسة .

الأطفال / أدوات الدراسة	الأول		الثانى		الثالث		الرابع		إشارات الفروق
	قبلى	بعدى أول	قبلى	بعدى أول	قبلى	بعدى أول	قبلى	بعدى أول	
اوتيزم الطفولة	٥٣	٥١	٥٦	٥٤	٥٩	٥٨	٤٥	٥٧	− + + +
فاينلاند للنضج الاجتماعى	٤٩	٥٠	٤١	٤٣	٣٢	٣١	٣٢	٣٩	− + − −
الجزء الأول من السلوك التوافقى	٨٨	٨٥	٤٦	٤٨	٤٢	٤٦	١٣٢	٥٦	+ − − +
الجزء الثانى من السلوك التوافقى	٣٣	٣٧	٣٦	٣٨	٨٥	٨٠	٦٣	٦٠	+ + − −
قائمة أعراض الاوتيزم "كلية"	١١٦	١١	١٢٠	١١٢	١٢٤	١١٨	١١٧	١١٩	− + + +
	[illegible]	٢٤	٢٧	٢٥	٢٧	٢٦	٢٦	٢٥	+ + + −

تابع جدول رقم (٢٢)

الأطفال / أدوات الدراسة	الأول قبلى	الأول بعدى أول	الثانى قبلى	الثانى بعدى أول	الثالث قبلى	الثالث بعدى أول	الرابع قبلى	الرابع بعدى أول	إشارات الفرق
بعد الاضطرابات الاجتماعية	٢٦	٢٧	٢٧	٢٥	٢٧	٢٥	٢٧	٢٦	+ + + −
بعد الاضطرابات الانفعالية	٢٤	٢٠	٢٤	٢١	٢٣	٢٤	٢٤	٢٥	− − + +
بعد مشكلات رعاية الذات	٢٠	١٩	٢٢	٢١	٢٤	٢٢	٢١	٢٢	− + + +
بعد المشكلات السلوكية	٢٣	٢١	٢٠	٢١	٢٣	٢١	١٩	٢١	− + − +

بملاحظة العمود الأخير (إشارات الفرق) وجد أن القيمة الصغرى لاختبار الإشارة على أدوات الدراسة على التوالـــى [١،١،٢،٢،١،١،٢،١،٢] ، وبالكشف عن القيمة الجدولية لاختبار الإشارة عندما ن= ٤ (عدد أفراد المجموعة الضابطة) فكانت = صفر

وحيث أن القيمة المحسوبة لاختبار الإشارة (على أدوات الدراسة جميعها) أكبر من القيمة الجدولية فهذا يعنى أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيـة بين درجات المجموعة الضابطة في التطبيقين القبلى والبعدى الأول على أدوات الدراسة" وذلك لأنها لم تتعرض لأى برنامج يمكـــن أن يؤثـر علـى الجوانب التى يتم قياسها من خلال هذه الأدوات .

جدول رقم (٢٣)

دلالة الفروق بين درجات التطبيقين القبلى والبعدى الأول للمجموعة التجريبية(١) على أدوات الدراسة

الأطفال / أدوات الدراسة	الأول قبلى	الأول بعدى أول	الثانى قبلى	الثانى بعدى أول	الثالث قبلى	الثالث بعدى أول	الرابع قبلى	الرابع بعدى أول	إشارات الفروق
اوتيزم الطفولة	٥٧	٣٩	٥٦	٤٧	٥٨	٤٧	٥٢	٣٤	+ + + +
فاينلاند للنضج الاجتماعى	٤٣	٦٢	٤٥	٥٢	٣١	٥٧	٥٥	٦٣	− − − −
الجزء الأول من السلوك التوافقى	٦٣	١.٥	٨٧	١.٢	٦٢	٨٩	٨٩	١٠٧	− − − −
[illegible]	٥٣	١٧	٨٤	٣٦	٦٨	٢٠	٣٢	١٠	+ + + +

تابع جدول رقم (٢٣)

الأطفال / أدوات الدراسة	الأول		الثاني		الثالث		الرابع		إشارات الفرق
	قبلي	بعدى أول	قبلي	بعدى أول	قبلي	بعدى أول	قبلي	بعدى أول	
بعد الاضطرابات اللغوية	٢٥	١٨	٢٤	٢٠	٢٦	٢١	٢٧	١٩	+ + + +
بعد الاضطرابات الاجتماعية	٢٥	١٧	٢٦	١٩	٢٥	٢٠	٢٥	١٦	+ + + +
بعد الاضطرابات الانفعالية	٢٤	١٥	٢٤	١٦	٢٤	١٧	٢٦	١٥	+ + + +
بعد مشكلات رعاية الذات	٢٣	٨	٢٠	٩	٢٦	١٠	١٨	٣	+ + + +
بعد المشكلات السلوكية	٢٢	١٠	٢٣	٩	٢٣	١١	٢٢	٥	+ + + +

بملاحظة العمود الأخير (إشارات الفرق) ، وجد أن القيمة الصغرى لاختبار الإشارة على كل الأدوات = صفر ، وبالكشف عن القيمة الجدولية لاختبار الإشارة عندما (ن=٤) (عدد أفراد المجموعة التجريبية(١)) كانت = صفر ، وحيث أن القيمة المحسوبة لاختبار الإشارة تساوى القيمة الجدولية ، فهذا يعنى أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية(١) في التطبيقين القبلي والبعدى الأول على أدوات الدراسة عند مستوى ١, . وهذه الفروق لصالح التطبيق البعدى الأول " . مما يوضح فعالية برنامج المهارات الاجتماعية في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لدى أفراد هذه المجموعة والتى عبر عنها بانخفاض درجات الأفراد على مقاييس أعراض الاوتيزم وارتفاع الدرجات على مقاييس النضج الاجتماعى والجزء الأول من مقياس السلوك التوافقى في التطبيق البعدى الأول عند مقارنته بدرجات التطبيق القبلي . "أى أن برنامج المهارات الاجتماعية ساهم في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم وزيادة درجة النضج الاجتماعى والتوافق الشخصى والاجتماعى لدى أفراد المجموعة التجريبية(١) ".

جدول رقم (٢٤)

دلالة الفروق بين درجات التطبيقين القبلى والبعدى الأول للمجموعة التجريبية(٢) على أدوات الدراسة .

الأطفال / أدوات الدراسة	الأول		الثانى		الثالث		الرابع		إشارات الفروق
	قبلى	بعدى أول	قبلى	بعدى أول	قبلى	بعدى أول	قبلى	بعدى أول	
اوتيزم الطفولة	٤٦	٣٩	٤٢	٣٥	٥٧	٣٥	٥٣	٣٧	+ + + +
فاينلاند للنضج الاجتماعى	٣٥	٥٤	٤٣	٥٣	٣٤	٥١	٣٦	٥٩	- - - -
الجزء الأول من السلوك التوافقى	٤١	٨٦	٨٥	١٠١	٦٥	٩٣	٩٠	١٠٣	- - - -
الجزء الثانى من السلوك التوافقى	٢٣	١٦	٤٦	١٨	٥٩	١٧	٨٣	٢٢	+ + + +
قائمة أعراض الاوتيزم "كلية"	١١٣	٨٠	١١٢	٦٤	١١٩	٦٥	١١٨	٧٢	+ + + +
بعد الاضطرابات اللغوية	٢٥	٢٠	٢٣	١٩	٢٧	٢٠	٢٦	١٩	+ + + +
بعد الاضطرابات الاجتماعية	٢٧	١٨	٢٤	١٤	٢٤	١٣	٢٥	١٧	+ + + +
بعد الاضطرابات الانفعالية	٢٣	١٨	٢٢	١٠	٢٣	١٥	٢٢	١٥	+ + + +
بعد مشكلات رعاية الذات	٢١	١٣	٢٢	١١	١٩	٩	٢١	١٠	+ + + +
بعد المشكلات السلوكية	١٧	١١	٢٣	١٠	٢٦	٨	٢٤	١١	+ + + +

بملاحظة العمود الأخير (إشارات الفرق) ، وجد أن القيمة الصغرى لاختبار الإشارة على كل الأدوات = صفر ، وبالكشف عن القيمة الجدولية لاختبار الإشارة عندما (ن=٤) [عدد أفراد المجموعة التجريبية(٢)] كانت = صفر ، وحيث أن القيمة المحسوبة لاختبار الإشارة تساوى القيمة الجدولية ، فهذا يعنى أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية(٢) في التطبيقين القبلى والبعدى الأول على أدوات الدراسة عند مستوى ١, ٠ . وهذه الفروق لصالح التطبيق البعدى الأول " .مما يوضح فعالية برنامج الإرشاد الأسرى في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لدى أفراد هذه المجموعة والتى عبر عنها بانخفاض درجات الأفراد على مقاييس أعراض الاوتيزم وارتفاع درجاتهم على مقاييس النضج الاجتماعى والجزء الأول من مقياس السلوك التوافقى في التطبيق البعدى الأول عند المقارنة بدرجات التطبيق القبلى ، "أى أن برنامج الإرشاد الأسرى ساهم في التوافق النفسى - الاجتماعى لدى أفراد المجموعة التجريبية(٢)".

جدول رقم (٢٥)

دلالة الفروق بين درجات التطبيقين القبلى والبعدى الأول للمجموعة التجريبية(٣) على أدوات الدراسة

الأطفال / أدوات الدراسة	الأول		الثاني		الثالث		الرابع		إشارات الفروق
	قبلى	بعدى أول	قبلى	بعدى أول	قبلى	بعدى أول	قبلى	بعدى أول	
اوتيزم الطفولة	٤٩	٣٢	٥١	٣٣	٤٨	٣٠	٥٨	٣٢	+ + + +
فاينلاند للنضج الاجتماعى	٣٥	٨٤	٥٢	٨٥	٣٧	٨٩	٤٥	٧٨	– – – –
الجزء الأول من السلوك التوافقى	٥٤	١٥٧	٧٤	١٤١	٩٣	١٤٢	١٣٠	١٥٣	– – – –
الجزء الثانى من السلوك التوافقى	٧٢	١٤	٦٤	١٢	٥٦	١٣	٤٠	١٥	+ + + +
قائمة أعراض الاوتيزم "كلية"	١٢٥	٥٢	١١٣	٤٥	١٢١	٢٣	١١٩	٣١	+ + + +
بعد الاضطرابات اللغوية	٢٥	١٧	٢٦	١٣	٢٥	٥	٢٥	٧	+ + + +
بعد الاضطرابات الاجتماعية	٢٧	١٢	٣٥	١١	٢٣	٦	٢٤	٨	+ + + +
بعد الاضطرابات الانفعالية	٢٦	١٤	٢٣	١٢	٢٣	٦	٢٥	٨	+ + + +
بعد مشكلات رعاية الذات	٢٢	٤	١٨	٣	٢٦	٣	٢٥	٣	+ + + +
بعد المشكلات السلوكية	٢٥	٥	٢١	٦	٢٤	٣	٢٠	٥	+ + + +

بملاحظة العمود الأخير (إشارات الفروق) ، وجد أن القيمة الصغرى لاختبار الإشارة على كل الأدوات = صفر ، وبالكشف عن القيمة الجدولية لاختبار الإشارة عندما (ن=٤) [عدد أفراد المجموعة التجريبية(٣)] كانت = صفر ، وحيث أن القيمة المحسوبة لاختبار الإشارة تساوى القيمة الجدولية ، فهذا يعنى أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية(٣) في التطبيقين القبلى والبعدى الأول على أدوات الدراسة عند مستوى ١,٠ . وهذه الفروق لصالح التطبيق البعدى الأول " . مما يوضح فعالية برنامجى المهارات الاجتماعية و الإرشاد الأسرى معا في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لدى أفراد هذه المجموعة والتى عبر عنها بانخفاض درجات الأفراد على مقاييس أعراض الاوتيزم وارتفاع الدرجات على مقاييس النضج الاجتماعى والجزء الأول من مقياس السلوك التوافقى في التطبيق البعدى الأول عند مقارنته بدرجات التطبيق القبلى. "أى أن البرنامجين معا ساهما في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم وزيادة درجة النضج الاجتماعى والتوافق الشخصى والاجتماعى لدى أفراد المجموعة التجريبية(٣) .

باستعراض نتائج الجداول (٢٣ ،٢٤ ،٢٥) قد اتضحت فعالية برامج الدراسة [المهارات الاجتماعية- الإرشاد الأسرى- البرنامجين معا] في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الاوتيستك من خلال المقارنة بين درجات التطبيقين القبلى والبعدى الأول على أدوات الدراسة في كل مجموعة تجريبية على حدة .

- أسفرت نتائج تحليل التباين أحادى الاتجاه عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات التصميم التجريبى [ضابطة-تجريبية(١)-تجريبية(٢) - تجريبية(٣)] في التطبيق البعدى الأول لأدوات الدراسة .

- أسفرت نتائج اختبار "مان-ويتنى" عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من:

[المجموعة الضابطة-تجريبية(١)] ، [ضابطة-تجريبية(٢)] ، [ضابطة -تجريبية(٣)] في التطبيق البعدى الأول لأدوات الدراسة عند مستوى ٠٥,٠ وهذه الفروق لصالح المجموعات التجريبية في كل حالة.

- أسفرت نتائج اختبار الإشارة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج التطبيقين القبلى والبعدى الأول في كل مجموعة تجريبية على أدوات الدراسة عند مستوى ١,٠ وهذه الفروق لصالح التطبيق البعدى الأول .

وهذه النتائج الثلاثة تحقق صحة الفرض الأول ، وقد اتفقت مع نتائج دراسة كل من ريتشلر وسكوبلر (١٩٧٦) ، هيلم دافيد (١٩٨١) ، ميكلننهان وآخرون (١٩٨٢) ، فافيل (١٩٨٣) ، ماسجى وآخرون (١٩٨٣ ، ١٩٨٦) ، كوهين ودونالان (١٩٨٥) ، كوجل وآخرون (١٩٨٧ ، ١٩٩٢) ، تاراس وآخرون (١٩٨٨) ، كوجل وفريا (١٩٩٣) ، كرانتز وميكلننهان (١٩٩٣) ، مايلز وسيمبسون (١٩٩٤) ، بيرس وسكريبمان (١٩٩٤) ، اسماعيل بدر (١٩٩٧) ، عبد المنان معمور (١٩٩٧) .

ويمكن تفسير هذه النتائج واستخلاص الدلالات السيكولوجية التى تدل عليها من الرجوع الى محتوى المقاييس التى طبقت قبل البرامج وبعدها . فقد اشتملت البرامج (المهارات الاجتماعية ، الإرشاد الأسرى) على مهارات وفنيات لتنمية الجوانب الاجتماعية لدى الأطفال الاوتيستك "عينة الدراسة" فقد زادت علاقة الطفل بالأخرين وأصبح قادرا الى حد ما على إيجاد شكل من أشكال التفاعل الاجتماعي يحدد فيه حاجاته ويعرف ما يكون الأخرين عليه من أثار ويستطيع أيضا من خلال هذا التفاعل الاجتماعي أن يؤثر ويتأثر بالمناخ البيئى

الذى يوجد فيه سواء أكان مناخا فيزيقيا أو اجتماعيا ، وزادت قدرته على التقليد وتحسن أداؤه في استخدام الأشياء والألعاب ، كما أظهر بوادر تحسن إلى حد كبير في استجاباته للمثيرات السمعية والبصرية واستخدام حاسة الشم والتذوق واللمس في التعرف على الأشياء ، وزاد مستوى اهتماماته بالأنشطة فتمكن من استخدام اللعب والعرائس استخداما فعالا ، وأصبح مشاركا في الأنشطة الاجتماعية لا منسحبا منها ، يتقبل التلامس الجسدي والاحتضان ويبادل الآخرين الابتسامة وإشارات الاستقبال والتحية والتوديع ، وقلت التعليقات غير المقبولة والأصوات العالية التى يصدرها في المواقف الاجتماعية والأماكن العامة .

كما اهتمت البرامج بتنمية المهارات اللغوية لدى أفراد العينة ، فقد تغيرت طريقة الطفل الاوتيستك في التواصل اللفظي إلى مستوى أفضل فزادت مفردات اللغة لديه ، كما اتضحت معاني ومدلولات الكلمات فقدرته على فهم هذه المدلولات قد زادت وظهر ذلك في استجابته لما يطلب منه أو يصدر إليه من أوامر ، كما تحسن أداؤه اللغوى واستخدامه للإشارات والرموز المتداولة في المجتمع ، وزادت معرفته بالاتجاهات [أعلى-أسفل-تحت-فوق-قريب-بعيد-يسار-يمين] والأحجام [كبير - صغير - سمين - رفيع] والأوزان (خفيف-ثقيل) والألوان ، كما لوحظ تغيرا في الأداء العقلي بعد تطبيق البرامج فظهر هذا التغير في حلوله لبعض المشكلات البسيطة وتخطيه لبعض العقبات التى كان يسلم بها من قبل ، وفي استدعائه للحوادث والذكريات التى مرت به وأيضا في قدرة التركيز لديه على بعض المعطيات الموجودة في البيئة والتى كانت لا تشد انتباهه قبل ذلك ، وقلت معدلات ترديده لما يسمعه كالببغاء وأصبح قادرا على المبادرة بالتحدث مع الآخرين واستمرار الحديث لفترات قصيرة إذا تلقى التدعيم والتوجيه المناسب ، كما يمكنه سرد أحداثه اليومية إذا طلب منه ذلك .

وقد استخدمت الباحثة فنيات متعددة لتنمية الجوانب الاجتماعية واللغوية لدى الطفل الاوتيستك فاعتمدت على التدعيم كوسيلة أساسية للتعامل مع حالات الدراسة طبقا لما أشارت إليه دراسات [هيلم دافيد (١٩٨١) ، نيومان (١٩٨٧) ، مايلز وسيمبسون (١٩٩٤)] .

كما استخدمت فنيات [النمذجة-التعلم الطارئ-لعب الدور] طبقا لما أشارت إليه دراسات كل من [يونج ودوجلاس (١٩٨٠) ، ماسجى وآخرون (١٩٨٣،١٩٨٦) ، كريمير (١٩٨٤) ،كوجل وآخرون (١٩٨٧) ، سيسان وآخرون (١٩٨٩) ، تشارلوب وميلستن

(١٩٨٩) ، ماسدوف وآخرون (١٩٩٣) ، كرانستز وميكلننهان (١٩٩٣) ، اسماعيل بدر (١٩٩٧)] .

وقد استخدمت فنيات أخرى "كالتدريب والتغذية الرجعية" في تنمية الجوانب اللغوية والاجتماعية طبقا لما أشارت إليه دراسات [شورت اندريو(١٩٨٠) ، ميكلننهان وآخرون (١٩٨٢،١٩٨٤) ،لوف وآخرون (١٩٩٠) ، كرانتز وآخرون (١٩٩٣)] .

كما ساهمت البرامج في تنمية الجوانب النفسية لدى الطفل الاوتيستك ، فخفت حدة التوتر والخوف لديه وأصبح قادرا إلى حد ما على أن يثق في نفسه وقدراته ، وفعالية الذات لديه قد زادت بشكل ملحوظ وتأثيره في البيئة أصبح واضحا فيتقبل التغير ولاينزعج منه ويستطيع أيضا أن يغير في بعض الأشياء ، وقلت نوبات البكاء والصراخ لديه وزادت مشاركته في المرح والنشاط وقلت فترات العزلة والانسحاب لديه وزادت معرفته بانفعالات الآخرين فلما تعرض عليه صورا تعبر عن الانفعالات والمشاعر يستطيع التعرف إلي حد ما على هذه الانفعالات بعدما كان عاجزا عن تحديدها .

واتفقت هذه الدلائل النفسية مع ما أشارت إليه دراسات [هيلم دافيد (١٩٨١) ، هوبسون وآخرون (١٩٨٨) ، تاراس وآخرون (١٩٨٨) ، هيرسون ونيورث (١٩٩٠) ، كابس وآخرون (١٩٩٢) ، اسماعيل بدر (١٩٩٧)] .

كما لوحظ أن الحالات التي طبق عليها البرامج قد خفت ممارسة **السلوكيات النمطية** لديها فقلت الحملقة في السماء ، خف الدوران حول الذات ورفرفة اليدين ، وزاد توظيف أعضاء الجسم لأداء سلوكيات هادفة ، كما طرأ تحسنا على السلوكيات قد لوحظ من زيادة اهتمام الحالات بأنفسهم وبالآخرين ومن اختفاء شذوذ النشاط الحركي وقلة مضايقة الآخرين بالحركات والأصوات المزعجة وعدم وضع الأشياء الضارة في الفم ، والمحافظة على نظام الأثاث الموجود بالمنزل وعدم حمل الأشياء عديمة القيمة أو الجدوى طوال الوقت ، كما قلت مرات العنف والسلوك التدميرى الموجه للذات وللآخرين والسلوك المضاد للمجتمع والسلوك المتمرد .

وقد اتفقت هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسات كل من [هيلم دافيد (١٩٨١) ، كوجل وآخرون (١٩٨٧،١٩٩٢) ، تاراس وآخرون (١٩٨٨) ، اسماعيل بدر ١٩٩٧)] فقد أشاروا جميعا إلي أن استخدام أنشطة اللعب وتكنيك إدارة الذات من الوسائل الفعالة للتحكم في سلوكيات الأطفال الاوتيستك بالإضافة إلى التدعيم والتدريب أو التكرار .

ومن متابعة الحالات التي طبق عليها البرامج يمكن ملاحظة ما حدث من تقدم في رعاية الذات فقد زاد اعتماد هذه الحالات على أنفسهم ويظهر ذلك في اعتمادهم على أنفسهم في تناول الوجبات البسيطة والمشروبات وخلع ولبس الملابس والمحافظة على النظافة الشخصية والعامة وتجنب الأخطار . وقد اعتمدت الباحثة على النمذجة وإدارة الذات كفنيات لتنمية السلوك الاستقلالي ومهارات الحياة اليومية لدى الاوتيستك استنادا إلى ما أشارت إليه دراسات : كوجل وآخرون (١٩٩٢)، كوجل وفريا (١٩٩٣) ، بيرس وسكريبمان (١٩٩٤) ، عبد المنان معمور (١٩٩٧) .

وبهذا تكون البرامج التي قدمت لعينة الدراسة قد ساهمت في تخفيف الاضطرابات الاجتماعية ، اللغوية ، النفسية ، المشكلات السلوكية ، مشكلات السلوك الاستقلالى ورعاية الذات ، وهذا ما أكده "فاروق صادق" عند تعريفه للتدخل السيكولوجى Intervention بأنه يعنى التعامل مع مشكلة تعوق الطفل من تحقيق ذاته أو إمكانياته في التكيف مع الزملاء أو الكبار ، وبحيث يؤدى هذا التدخل في النهاية إلى اختفاء المشكلة أو التقليل من أثارها السلبية في حياة الطفل الأسرية والمدرسية والتوافقية (فاروق صادق ، ١٩٩٤ ، ٦٧) .

ثانيا نتائج الفرض الثاني :-

ينص الفرض الثاني على أنه :-

"يكون استخدام برنامج من المهارات الاجتماعية وبرنامج للإرشاد الأسرى معا أكثر فعالية في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الاوتيستك من استخدام كل برنامج على حدة "

ومن أجل تحقيق هذا الفرض فإنه قد تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية :

١- اختبار "كروسكال-واليس" لتحليل التباين اللابارامترى-أحادى الاتجاه- للتعرف على أثر البرامج المستخدمة مع المجموعات التجريبية الثلاث من خلال المقارنة بين نتائج هذه المجموعات في التطبيق البعدى الأول لأدوات الدراسة ، والجدول التالي يوضح ذلك .

جدول رقم (٢٦)

تحليل التباين اللابارامترى-أحادى الاتجاه-بين المجموعات التجريبية الثلاث في التطبيق البعدى الأول لأدوات الدراسة .

أدوات الدراسة	قيمة (هـ) المحسوبة	مستوى الدلالة	أدوات الدراسة	قيمة (هـ) المحسوبة	مستوى الدلالة
اوتيزم الطفولة	٧,٩٤	٠,٠١	بعد الاضطرابات اللغوية	٧,٦١	٠,٠٥
فاينلاند للنضج الاجتماعي	٨	٠,٠١	بعد الاضطرابات الاجتماعية	٨,١٧	٠,٠١
الجزء الأول من السلوك التوافقي	٨	٠,٠١	بعد الاضطرابات الانفعالية	٦,٢٢	٠,٠٥
الجزء الثاني من السلوك التوافقي	٤,٢٥	غير دالة	بعد مشكلات رعاية الذات	٧,٦٠	٠,٠٥
قائمة أعراض الاوتيزم "كلية"	٧,٣٨	٠,٠١	بعد المشكلات السلوكية	٦,٣٢	٠,٠٥

بما أن قيمة (هـ) الجدولية في حالة المقارنة بين ثلاث مجموعات (٤:٤:٤) أى كل مجموعة بها أربعة أفراد هى:-

عند مستوى ٠,٠٥ = ٥,٦٩٢ ، عند مستوى ٠,٠١ = ٧,٦٥٤ وحيث أن قيم (هـ) المحسوبة على أدوات الدراسة جميعها اكبر من القيم الجدولية عند مستويات الدلالة فهذا يعنى أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات التجريبية الثلاث في التطبيق البعدى الأول لأدوات الدراسة" عند مستويات الدلالة المحددة بالجدول .

أما الدرجات على الجزء الثاني من مقياس السلوك التوافقي فقد أظهرت وجود فروق بين مجموعات المقارنة الثلاث ولكنها لا تصل لمستوى الدلالة وهذه الفروق تشير إلى اختلاف تاثير البرامج المقدمة للمجموعات التجريبية الثلاثة .

٢- اختبار "مان-ويتنى" لدلالة الفرق بين المجموعات المستقلة ، ثم استخدامه للتعرف على اتجاه التأثير الدال للبرامج من خلال مقارنة كل مجموعة تجريبية بالأخرى أى تتم المقارنات كالتالى تجريبية(١،٣) ، تجريبية(٢،٣) ، تجريبية(١،٢) والجداول التالية توضح ذلك :-

جدول رقم (٢٧)

درجات ورتب كل من المجموعة التجريبية(١) والمجموعة التجريبية(٢) في التطبيق البعدى الأول لأدوات الدراسة .

اوتيزم الطفولة				فاينلاند للنضج الاجتماعى				الجزء الأول من السلوك التوافقى				الجزء الثانى من السلوك التوافقى				قائمة أعراض الاوتيزم "كلية"			
تجريبية (١)		تجريبية (٢)		تجريبية (١)		تجريبية (٢)		تجريبية (١)		تجريبية (٢)		تجريبية (١)		تجريبية (٢)		تجريبية (١)		تجريبية (٢)	
د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر
٣٩	٦	٣٢	٢,٥	٦٢	٣	٨٤	٦	١٠٥	٣	١٥٧	٨	١٧	٦	١٤	٤	٦٨	٦	٥٢	٤
٤٧	٧,٥	٣٣	٤	٥٢	٢	٨٥	٧	١٠٢	٢	١٤١	٥	٢٦	٨	١٢	٢	٧٣	٧	٤٥	٣
٤٧	٧,٥	٣٠	١	٣٧	١	٨٩	٨	٨٩	١	١٤٢	٦	٢٠	٧	١٣	٣	٧٩	٨	٢٣	١
٣٤	٥	٣٢	٢,٥	٦٢	٤	٧٨	٥	١٠٧	٤	١٥٣	٧	١٥	٥	١٠	١	٥٨	٥	٣١	٢
مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ١٠		مجـ ر٢ = ٢٦		مجـ ر١ = ١٠		مجـ ر٢ = ٢٦		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠	

تابع جدول رقم (٢٧)

بعد الاضطرابات اللغوية				بعد الاضطرابات الاجتماعية				بعد الاضطرابات الانفعالية				بعد مشكلات رعاية الذات				بعد المشكلات السلوكية			
تجريبية (١)		تجريبية (٢)		تجريبية (١)		تجريبية (٢)		تجريبية (١)		تجريبية (٢)		تجريبية (١)		تجريبية (٢)		تجريبية (١)		تجريبية (٢)	
د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر
١٨	٥	١٧	٤	١٧	٦	١٢	٤	١٥	٥,٥	١٤	٤	٨	٦	٤	٥	١٠	٧	٥	٣
٢٠	٧	١٣	٣	١٩	٧	١١	٣	١٦	٧	١٢	١٣	٦	٧	٣	٢,٥	٩	٦	٦	٥
٢١	٨	٥	١	٢٠	٨	٦	١	١٧	٨	٦	١	١٠	٨	٣	٢,٥	١١	٨	٣	١
١٩	٦	٧	٢	١٦	٥	٨	٢	١٥	٥,٥	٨	٢	٣	٢,٥	٣	٢,٥	٥	٣	٥	٣
مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ٢٣,٥		مجـ ر٢ = ١٢,٥		مجـ ر١ = ٢٤		مجـ ر٢ = ١٢	

حيث (د) تعني الدرجة ، (ر) الرتبة ، مجـ ر١ = مجموع رتب المجموعة التجريبية(١) ، مجـ ر٢ = مجموع رتب المجموعة التجريبية(٣) للكشف عن دلالة الفروق بين درجات المجموعة التجريبية(١) ودرجات المجموعة التجريبية(٣) في التطبيق البعدى الأول لأدوات الدراسة ، تم حساب قيم (ى١، ى٢) على كل أداة فكانت القيمة الصغرى فيها = صفر على أدوات الدراسة جميعها فيما عدا بُعدى [مشكلات رعاية الذات والمشكلات السلوكية] من قائمة أعراض الاوتيزم فقد كانت قيمة (ى) الصغرى المحسوبة فيهما على الترتيب (٢,٥ ، ٢) .

وبالكشف عن قيمة (ى) الجدولية عندما (ى) المحسوبة = صفر ، ن١=ن٢=٤ [ن١ عدد أفراد المجموعة التجريبية(١) ، ن٢ عدد أفراد المجموعة التجريبية(٣)] ، فكانت (ى) الجدولية = ٠٢٩, ، أى أن قيمة (ى) المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية على أدوات الدراسة جميعها فيما عدا البُعدين المذكورين وهذا يعنى أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات كل من المجموعة التجريبية(١) والمجموعة التجريبية(٣) في التطبيق البعدى الأول لأدوات الدراسة (فيما عدا بُعدى مشكلات رعاية الذات والمشكلات السلوكية) عند مستوى ٠٥, لصالح المجموعة التجريبية(٣) .

وبالكشف عن قيمة (ى) الجدولية ، عندما (ى) المحسوبة = (٢) أو (٢,٥) ، ن١ = ن٢= ٤ كانت القيمة الجدولية = ٠٥٧, ، أى أن القيمة المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية وهذا يعنى أن الفروق بين المجموعتين التجريبيتين لم تصل لمستوى الدلالة في هذين البُعدين وهذا يشير إلى أن تأثير البرنامجين معا أفضل من تأثير برنامج المهارات الاجتماعية على حدة في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الاوتيستك والذى يظهر في انخفاض درجات المجموعة التجريبية(٣) على مقاييس أعراض الاوتيزم وارتفاع درجاتها على مقاييس النضج الاجتماعي والتوافق الشخصي وذلك بالمقارنة بدرجات المجموعة التجريبية(١) .

جدول رقم (٢٨)

درجات ورتب كل من المجموعة(٢) والمجموعة التجريبية(٣) في التطبيق البعدى الأول لأدوات الدراسة .

اوتيزم الطفولة				فاينلاند للنضج الاجتماعي				الجزء الأول من السلوك التوافقى				الجزء الثانى من السلوك التوافقى				قائمة أعراض الاوتيزم "كلية"			
تجريبية (٢)		تجريبية (٣)		تجريبية (٢)		تجريبية (٣)		تجريبية (٢)		تجريبية (٣)		تجريبية (٢)		تجريبية (٣)		تجريبية (٢)		تجريبية (٣)	
د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر
٣٩	٨	٣٢	٢,٥	٥٤	٣	٨٤	٦	٨٦	١	١٥٧	٨	١٦	٥	١٤	٣	٨٠	٨	٥٢	٤
٣٥	٥,٥	٣٣	٤	٥٣	٢	٨٥	٧	١٠١	٣	١٤١	٥	١٨	٧	١٢	١	٦٤	٥	٤٥	٣
٣٥	٥,٥	٣٠	١	٥١	١	٨٩	٨	٩٣	٢	١٤٢	٦	١٧	٦	١٣	٢	٦٥	٦	٢٣	١
٣٧	٧	٣٢	٢,٥	٥٩	٤	٧٨	٥	١٠٣	٤	١٥٣	٧	٢٢	٨	١٥	٤	٧٢	٧	٣١	٢
مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ١٠		مجـ ر٢ = ٢٦		مجـ ر١ = ١٠		مجـ ر٢ = ٢٦		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠	

تابع جدول رقم (٢٨)

بعد الاضطرابات اللغوية				بعد الاضطرابات الاجتماعية				بعد الاضطرابات الانفعالية				بعد مشكلات رعاية الذات				بعد المشكلات السلوكية			
تجريبية (٢)		تجريبية (٣)		تجريبية (٢)		تجريبية (٣)		تجريبية (٢)		تجريبية (٣)		تجريبية (٢)		تجريبية (٣)		تجريبية (٢)		تجريبية (٣)	
د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر	د	ر
٢٠	٧,٥	١٧	٤	١٨	٨	١٢	٤	١٨	٨	١٤	٥	١٣	٨	٤	٤	١١	٧,٥	٥	٢,٥
١٩	٥,٥	١٣	٣	١٤	٦	١١	٣	١٠	٣	١٢	٤	١١	٧	٣	٢	١٠	٦	٦	٤
٢٠	٧,٥	٥	١	١٣	٥	٦	١	١٥	٦,٥	٦	١	٩	٥	٣	٢	٨	٥	٣	١
١٩	٥,٥	٧	٢	١٧	٧	٨	٢	١٥	٦,٥	٨	٢	١٠	٦	٣	٢	١١	٧,٥	٥	٢,٥
مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ٢٤		مجـ ر٢ = ١٢		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠		مجـ ر١ = ٢٦		مجـ ر٢ = ١٠	

ت٢ = المجموعة التجريبية (٢) ، ت٣ = المجموعة التجريبية (٣) ، مج ر١ = مجموع رتب المجموعة التجريبية (٢) ، مج ر٢ = مجموع رتب المجموعة التجريبية (٣) ، للكشف عن دلالة الفروق بين درجات المجموعة التجريبية (٢) ودرجات المجموعة التجريبية (٣) في التطبيق البعدى الأول لأدوات الدراسة ، تم حساب قيم (ى١ ، ى٢) على أدوات الدراسة جميعها فكانت القيمة الصغرى فيهما = صفر على أدوات الدراسة جميعها فيما عدا بعد الاضطرابات الانفعالية فكانت (ى) الصغرى = ٢ وبالكشف عن قيمة (ى) الجدولية عندما (ى) الصغرى = صفر ، ن١=ن٢=٤ ، حيث [ن١ عدد أفراد المجموعة التجريبية (٢) ، ن٢ عدد أفراد المجموعة التجريبية(٣)] ، فكانت (ى) الجدولية = ٠٢٩, ، أى أن قيمة (ى) المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية على أدوات الدراسة جميعها فيما عدا بعد الاضطرابات الانفعالية وهذا يعنى أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات كل من المجموعة التجريبية(٢) والمجموعة التجريبية(٣) في التطبيق البعدى الأول لأدوات الدراسة عند مستوى ٠٥, لصالح المجموعة التجريبية(٣) .

مما يوضح أن تأثير البرنامجين أفضل من تأثير برنامج الإرشاد الأسرى في تخفيف حدة أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الإوتيستك والذى يظهر في انخفاض درجات المجموعة التجريبية(٣) على مقاييس أعراض الاوتيزم وارتفاع درجاتها على مقاييس النضج الاجتماعي والسلوك التوافقى وذلك بالمقارنة بدرجات المجموعة التجريبية(٢) .

وبالكشف عن قيمة (ى) الجدولية ، عندما (ى) المحسوبة = (٢) على بعد الاضطرابات الانفعالية ، ن١ = ن٢= ٤ كانت القيمة الجدولية = ٠٥٧, ، أى أن القيمة المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية وهذا يعنى أن الفروق بين المجموعتين التجريبيتين لم تصل لمستوى الدلالة على هذا البعد .

جدول رقم (٢٩)

دلالة الفروق بين درجات كل من المجموعة التجريبية(١) والمجموعة التجريبية(٢) في التطبيق البعدى الأول لأدوات الدراسة .

أدوات الدراســــــــة	قيمة(ى) الصغرى المحسوبة	قيمة (ى) الجدولية لدلالة الطرفين
اوتيزم الطفولة	٤,٥	,٣٤٢
فاينلاند للنضج الاجتماعى	٧	,٨٨٦
الجزء الأول من السلوك التوافقى	٤	,٣٤٢
الجزء الثانى من السلوك التوافقى	٧,٥	,٨٨٦
قائمة أعراض الاوتيزم "كلية"	٨	١,١١٤
بُعد الاضطرابات اللغوية	٨	١,١١٤
بُعد الاضطرابات الاجتماعية	٣,٥	,٢
بُعد الاضطرابات الانفعالية	٦	,٦٨٦
بُعد مشكلات رعاية الذات	٢	,١١٤
بُعد المشكلات السلوكية	٥,٥	,٤٨٦

وبمقارنة قيم (ى) المحسوبة بقيم (ى) الجدولية لدلالة الطرفين ، وجد أن القيم المحسوبة جميعها أكبر من القيم الجدولية وهذا يعنى أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية(١) ودرجات المجموعة التجريبية(٢) في التطبيق البعدى الأول لأدوات الدراسة " مما يوضح أن تأثير برنامج المهارات الاجتماعية يكافئ تأثير برنامج الإرشاد الأسرى في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الاوتيستك .

وباستعراض نتائج الفرض الثانى : يتضح أنه قد تحقق بصورة جزئية ، فحين كان الجمع بين البرنامجين ظهرت فعالية أكثر عن تطبيق كل برنامج على حدة في تخفيف أعراض الاوتيزم التى تم قياسها من خلال [اوتيزم الطفولة-فاينلاند-السلوك التوافقى-الدرجة الكلية لقائمة أعراض الاوتيزم-أبعاد قائمة أعراض الاوتيزم (الاضطرابات اللغوية-الاضطرابات الاجتماعية)] ، فقد جاء تأثير البرنامجين يعادل تأثير برنامج المهارات الاجتماعية في تخفيف مشكلات رعاية الذات والمشكلات السلوكية كأبعاد لقائمة أعراض الاوتيزم ، وكذلك تكافئ تأثير البرنامجين مع تأثير برنامج الإرشاد الأسرى في تخفيف الاضطرابات الانفعالية .

- كما أشارت النتائج إلى تكافئ تأثير كل من برنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسرى في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الاوتيستك .

وقد اتفقت نتائج هذا الفرض الخاصة بأفضلية استخدام برنامجين عن برنامج واحد في تخفيف أعراض الاوتيزم مع نتائج دراسات كل من شورت أندريو (١٩٨٠) ، هيلم دافيد (١٩٨١) ، ميكلنهان وآخرون (١٩٨٢، ١٩٨٤) ، كرانتز وآخرون (١٩٩٣) ، تشامبلز وآخرون (١٩٩٤) .

ويمكن تفسير هذه النتائج واستخلاص دلالاتها السيكولوجية في ضوء الإطار النظرى والأدوات والدراسات السابقة ، فقد زاد التفاعل بين الطفل وأسرته وازداد تكيف الأسرة مع الضغوط الناشئة من إعاقة طفلها ، وأصبح الطفل الاوتيستك قادرا على الدخول في تفاعلات اجتماعية متبادلة وممارسة أنشطة هادفة في أوقات الفراغ والتسلية ، كما تحسن أداؤه اللغوى ومهارات التواصل اللفظى والتعميم لديه ، ازداد اعتماده على نفسه في أداء مهارات رعاية الذات والقيام ببعض الأعمال المنزلية ، وحدث اختزال للسلوكيات غير الاجتماعية التى كانت تمارس قبل تطبيق البرنامجين ، كما خفت نوبات الغضب والعدوانية ، إيذاء الذات ، السلوكيات النمطية .

وقد استخدمت الباحثة في تطبيق هذين البرنامجين فنيات متعددة منها الإرشاد والتوجيه ، التدريب ، التغذية الرجعية ، التدعيم ، النمذجة طبقا لما أشارت إليه هذه الدراسات .

وتفسر الباحثة أفضلية استخدام برنامجين عن برنامج واحد في ضوء المعايير التالية :-

أ- تكرار التدريب : باعتبار أن السلوكيات التى منشؤها اجتماعي هى مهارات تزيد بالتدريب ، وحيث أن السلوكيات التى تضمنها البرنامجين واحدة فقد تم التدريب عليها مرتين أحدهما ما قامت به الباحثة أثناء تطبيق برنامج المهارات الاجتماعية فقد تم تدريب الحالات على مهارات [التواصل اللفظى وغير اللفظى – التفاعل الاجتماعي – رعاية الذات – التحكم في المشكلات السلوكية] ، وتم إعادة تدريب نفس الحالات على هذه المهارات مرة ثانية بواسطة الأم حينما قامت بتنفيذ البرنامج الإرشادي في المنزل ، وبذلك يكون التدريب الذى حصلت عليه هذه الحالات مركز ومكثف بالمقارنة بالتدريب الناشئ من برنامج واحد وهذا يسمى "عامل التكرار" .

ب- الزمن : فقد استخدم البرنامجان مساحة أوسع من الزمن بالمقارنة بالبرنامج الواحد ، فإن التدريب على مهارات أحد البرنامجين على حدة قد استغرق وقتا غير كاف لإتقان هذه المهارات وأن

إعادة التدريب مرة أخرى على نفس المهارات وبنفس الأسلوب يزيد من فترات التدريب لنفس المهارات داخل المواقف المنزلية فهذا من شأنه زيادة إتقان المهارات بكفاءة عالية لدى هذه الحالات .

بالإضافة إلى أن الطفل يقضى وقتا طويلا مع أسرته بالمقارنة بالوقت الذى يستغرقه التدريب في برنامج المهارات الاجتماعية الذى تقوم به الباحثة ، فإذا لم تكن الأسرة مدربة جيدا على أساليب التعامل مع طفلها الاوتيستك فسوف تقلل من قيمة كل ما تم التدريب علية داخل المركز وتكون بمثابة العائق أمام تقدم الطفل دون أن تعى خطورة ذلك ، أما إذا كانت على وعى وبصيرة بكيفية التعامل مع طفلها فسوف تضاعف المجهود المبذول في تدريب الطفل داخل المركز وتدعم ما تم التدريب علية بإعادة التكرار وبذلك يكون التحسن أفضل من المجهود المنفرد .

ج- **التكامل في فعالية الفنيات :** إن استخدام الباحثة لفنيات متعددة في تنفيذ كلا البرنامجين قد ساعد على تثبيت السلوك وإتقانه ، فقد أشارت الدراسات التى استندت إليها الباحثة في تصميم وتنفيذ برامج الدراسة إلى أن الدمج بين فنيات تعديل السلوك يعطى نتائج أفضل في التغلب على مشاكل وصعوبات الأطفال الاوتيستك .

فقد اعتمدت على [التدعيم -التغذية الرجعية -التدريب-لعب الدور-النمذجة-إدارة الذات-التوجيه والإرشاد] كفنيات أساسية لتنمية الجوانب السلوكية لدى حالات الدراسة ، وقد تم استخدام أسلوبين أو أكثر لتنمية كل مهارة من مهارات برامج الدراسة .

فاستخدمت **النمذجة بجانب التدريب والتدعيم** لتنمية مهارات التواصل غير اللفظى طبقا لما أشارت إليه دراسات كل من سكوبلر وآخرون (١٩٨٦) ، كوجل وآخرون (١٩٨٧، ١٩٩١) ، كوجل وفريا (١٩٩٣) ، أما مهارات التواصل اللفظى والتفاعل الاجتماعي فقد استخدم لتنميتها فنيات متعددة (نظرا لتعدد جوانب هذه المهارات) مثل [التدريب-التدعيم-التغذية الرجعية-إدارة الذات-لعب الدور] استنادا إلي ما أشارت إليه دراسات كل من كرانتز وآخرون (١٩٨١) ، ماسجى وآخرون (١٩٨٣، ١٩٨٦) ، كوجل وآخرون (١٩٨٧) ، كرانتز وميكلننهان (١٩٩٣) ، ماسدوف وآخرون (١٩٩٣) ، ولتنمية مهارات رعاية الذات والسلوك الاستقلالي استخدمت الباحثة فنيات [إدارة الذات-التدعيم-التدريب-النمذجة-التغذية الرجعية] طبقا لما أشارت إليه دراسات كوجل وآخوون (١٩٩٢) ، كوجل وفريا (١٩٩٣) ، ماسدوف وآخرون (١٩٩٣) ، بيرس وسكريبمان (١٩٩٤) .

وللتحكم في **المشكلات السلوكية** تم استخدام فنيات إدارة الذات بجانب التدعيم طبقا لما أشارت إليه دراسات هيلم دافيد (١٩٨١) ، تاراس وآخرون (١٩٨٨) ، وكوجل وآخرون (١٩٨٧ ، ١٩٩٢) . إسماعيل بدر (١٩٩٧) ، واستخدمت فنية التوجيه والإرشاد في تنفيذ البرنامج الإرشادي الأسرى وقد تضمنت الفنيات السابقة الذكر كأساليب أساسية لتعليم الطفل المهارات التى تضمنها البرنامج استنادا إلي ما أشارت إليه دراسات شورت أندريو (١٩٨٠) ، هيلم دافيد (١٩٨١) ، ميكلنسهان وآخرون (١٩٨٢ ، ١٩٨٤) ، لوف وآخرون (١٩٩٠) ، كرانتز وآخرون (١٩٩٣) ، وبهذا يكون الطفل الذى تعرض لبرنامجي الدراسة قد حصل على جرعة مركزة ومتنوعة من أساليب التدريب والتوجيه التى ساهمت في تعديل سلوكه بطريقه أفضل من التعرض لفنيات برنامج واحد .

د- مدى ايجابية الأسر والحالات : ساعد على تحقيق أفضلية برنامجين على برنامج واحد ، إن مشاركة الأسرة في رعاية أطفالها الاوتيستك قد حقق مستوى أفضل من التحسن لهؤلاء الأطفال وازداد تكيف الأسرة مع الضغوط الناشئة من إعاقة طفلها لشعورها بالإسهام الإيجابي الفعال في تحسن وتقدم طفلها ، كما أن التدريب العملى الذى تلقته على يد الباحثة يمكنها من مساعدة طفلها على الاندماج في الحياة الأسرية وجعلها أكثر فهما لحالة طفلها مما ساعدها على اتخاذ القرارات الحاسمة بعد أن كانت عاجزة عن تقديم المساعدة له ، وكان الطفل بمثابة عبء ثقيل لا تطيق تحمله ولا تستطيع التفاعل معه .ويؤيد هذا الاتجاه فاروق صادق (١٩٩٤) من خلال أبحاث بيرت (١٩٧٧) التى تؤكد أن التدخل باستخدام الوالدين كوسائط يؤدى الى تفاعل أفضل للطفل خلال البرنامج اللغوى ، كما يؤدى بالضرورة الى نمو في كل من الطفل والوالدين من النواحى الانفعالية والعاطفية والاجتماعية (فاروق صادق ، ١٩٩٤ ، ٧٨) .

وهذا ما أكدته ليلى كرم الدين (١٩٩٧) من ضرورة إشراك الوالدين في عملية الرعاية للأطفال المعوقين كعنصر أساسي وهام في البرامج المختلفة للرعاية ، وما يتطلبه ذلك من ضرورة إرشاد وتوجيه الوالدين وإعدادهما للتعامل مع الطفل المعوق ، وتجنب الاتجاهات الوالدية الخاطئة(ليلى كرم الدين ، ١٩٩٧ ، العدد (٤٩) ، ١٧-١٨).

هـ- الجانب التأثيرى : إن العلاقة الطيبة التى حرصت الباحثة على إقامتها مع أفراد العينة أولا ومع العاملين بالمراكز والقائمين بالإشراف على تدريب هؤلاء الأفراد ثانيا ومع أمهات أطفال العينة ثالثا قد ساهم إلى حد كبير في فعالية برامج الدراسة .

فقد استطاعت بفضل الله أولا وبالمجهودات المكثفة ثانيا خلق جوا عائليا داخل مراكز الرعاية يســوده الحب والتعاون والتفاني من أجل مصلحة هؤلاء الأطفال وإرشاد الأمهات إلى كيفية إقامة علاقة وطيدة مع أطفالهن .

فقد اعتمدت البرامج التى طبقت على الأطفال الاوتيستك على ضرورة إقامة علاقة وطيدة مع هــؤلاء الأطفال أولا قبل تطبيق البرنامج فهذا يعتبر مؤشرا لنجاح وفاعلية البرامج .

وهذا ما أكدت عليه دراسات : اوجرمان (١٩٧٠) ، ريتشارد وسكوبلر (١٩٧٦) ، شـــورت اندريــو (١٩٨٠) ، كوهين ودونالان (١٩٨٥) ، نى وميلفيل (١٩٨٥) ، عبد المنان معمور (١٩٩٧) .

و- **التكامل بين عناصر التغيير** : ساعد على تحقيق فعالية أكثر لبرنامجين عن برنامج واحد ، تمثلــت عناصر التغيير في [الباحثة- الحالة-الأم] ، فقد تحقق التكامل والتفاعل بين طرفي العلاقة منذ تصميم البرامج وأثناء تنفيذها وتقييمها ، وكل طرف يبذل قصارى جهده من أجل تقدم وتحسن الحالـــة ، فقــد شاركت الأمهات مشاركة إيجابية فعالة في المناقشة والحوار المتبادل أثناء لقاءات الإرشاد والتوجيـــه ، وقمن بتنفيذ التوجيهات الخاصة بتدريب أطفالهن ، وعلى الجانب الأخر فقد بذلت الباحثـــة قصـــارى جهدها في تدريب الحالات ، ونظرا للتكامل والتفاعل والتعاون الوثيق بين طرفي العلاقـــة ، وكذلــك شمولية عناصر التدريب في البرنامجين للجوانب المختلفة في شخصية الحالات ، ساعد على حـــدوث تقدم أفضل لهذه الحالات بالمقارنة بالحالات التى طبق عليها برنامج واحد .

وهذه المعايير الستة تجيب على السؤال التالى :

لماذا جاء التحسن في استخدام برنامجين أفضل من التحسن الذى صاحب برنامج واحد ؟

أما ما ظهر في النتائج الإحصائية بخصوص عدم وجود فروق دالة بين مجموعة البرنامجين ومجموعة برنامج المهارات الاجتماعية على بعدى مشكلات رعاية الذات والمشكلات السلوكية من قائمة أعراض الاوتيزم وكذلك بالنسبة لعدم وجود فروق دالة بين مجموعة البرنامجين ومجموعة الإرشاد الأســـرى على بُعد الاضطرابات الانفعالية من قائمة أعراض الاوتيزم ، فترجع الباحثة ذلك إلى حدوث أخطـــاء في التقدير من جانب المعلم – خاصة وأن ذلك لا يطابق الواقع – فقد حدث فعـــلا تحسـنا واضحـــا للحالات التى طبق عليها البرنامجين شعر به كل من تعامل مع هذه الحالات ، وربما يرجع ذلك إلـــى ضعف كفاءة الإحصاء اللابارامترى في التمييز بين المجموعات بسبب صغر حجم هذه المجموعـات ، واعتماده على المستوى الرتبى للبيانات فقط وعدم تطوره لمستوى النسب فقد تكون الرتب غير معـبرة

عن الواقع بصدق ، هذا فضلا عن أن الدرجة الكلية على القائمة أظهرت فروقا دالة إحصائيا بين كل من المجموعات التجريبية (١، ٣) ، (٢، ٣) فهذا يشير إلى أفضلية برنامجين على برنامج واحد في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الاوتيستك .

أما عن تفسير النتيجة الخاصة **بتكافؤ تأثير برنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسري** في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الاوتيستك ، والذى ظهر من خلال عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعتين في التطبيق البعدى الأول لأدوات الدراسة .

فترى الباحثة أن ذلك يرجع إلى أن المهارات التى تم التدريب عليها في البرنامجين واحدة ، والفنيات المستخدمة واحدة أما الاختلاف الوحيد كان في القائم بالتدريب ففي برنامج المهارات الاجتماعية قامت الباحثة بتدريب الحالات على المهارات التى تضمنها البرنامج ، أما في برنامج الإرشاد الأسرى فقامت الأم بتدريب طفلها على نفس المهارات التى تضمنها برنامج المهارات الاجتماعية بعد أن تلقت التعليمات والتوجيهات الإرشادية والعملية الكافية من الباحثة .

كما تساوى الزمن المستغرق في تطبيق البرنامجين كل على حدة ، ونظرا لأن زمن جلسات برنامج المهارات الاجتماعية كان قليل بالمقارنة بزمن لقاءات برنامج الإرشاد الأسرى ، فقد كثرت هذه الجلسات لتعادل الزمن الذى تستغرقه الأم فى تدريب طفلها ، وبهذا يكون الزمن الذى استغرق في التدريب على المهارات في البرنامجين واحد .

ولحرص الأم على مصلحة طفلها ورغبتها الشديدة في تخفيف أعراض إعاقته ، فقد حققت نجاحا ملحوظا في تنفيذ الإرشادات والتوجيهات التى تلقتها من الباحثة ، وهذه الفعالية والإيجابية كان من نتائجهما الوصول إلى مستوى يعادل ما قامت به الباحثة من تدريب لحالات برنامج المهارات الاجتماعية .

ولهذه الأسباب تكافئ تأثير البرنامجين ولم تظهر فروق دالة بين نتائج المجموعتين على أدوات الدراسة بعد تطبيق البرامج .

<u>**ثالثاً : نتائج الفرض الثالث :**</u>

ينص الفرض الثالث على : -

" يستمر تأثير برنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسرى في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى عينة من الأطفال الاوتيستك خلال فترات المتابعة "

للتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار الإشارة لدلالة الفروق بين المجموعات المترابطة للمقارنة بين نتائج التطبيقين البعدى الأول والثانى في كل مجموعة من مجموعات التصميم التجريبى .

والجداول التالية توضح ذلك :-

جدول رقم (٣٠)

دلالة الفروق بين درجات المجموعة الضابطة في التطبيقين البعدى الأول والثانى على أدوات الدراسة .

الأطفال / أدوات الدراسة	الأول		الثانى		الثالث		الرابع		إشارات الفرق
	قبلى	بعدى أول	قبلى	بعدى أول	قبلى	بعدى أول	قبلى	بعدى أول	
اوتيزم الطفولة	٥١	٥٢	٥٤	٥٣	٥٨	٥٦	٥٧	٥٤	- + + -
فانيلاند للنضج الاجتماعي	٥٠	٤٩	٤٣	٤٢	٣١	٣٣	٣٩	٤٠	- - + +
الجزء الأول من السلوك التوافقى	٨٥	٨٧	٤٨	٤٧	٤٦	٤٥	٥٦	٥٥	+ + + -
الجزء الثانى من السلوك التوافقى	٣٧	٣٥	٣٨	٣٧	٨٠	٨٢	٦٠	٦١	- - + +
قائمة أعراض الاوتيزم "كلية"	١١١	١٠٦	١١٢	١١٣	١١٨	١١٤	١١٩	١١٣	+ + - +
بعد الاضطرابات اللغوية	٢٤	٢١	٢٥	٢٦	٢٦	٢٥	٢٥	٢٤	+ + - +
بعد الاضطرابات الاجتماعية	٢٧	٢٣	٢٥	٢٤	٢٥	٢٦	٢٦	٢٣	+ - + +
بعد الاضطرابات الانفعالية	٢٠	٢٢	٢١	٢٣	٢٤	٢١	٢٥	٢٣	+ + - -
بعد مشكلات رعاية الذات	١٩	٢٠	٢١	٢٠	٢٢	٢٠	٢٢	٢١	+ + + -
بعد المشكلات السلوكية	٢١	٢٠	٢١	٢٠	٢١	٢٢	٢١	٢٢	- - + +

بحساب القيمة الصغرى لاختبار الإشارة كانت [٢،٢،١،٢،١،١،١،٢،١،٢] على التوالى ،وبالكشف عن القيمة الجدولية لاختبار الإشارة عندما ن=٤ (عدد أفراد المجموعة الضابطة) وجد أنها تساوى "صفر" وبمقارنة القيم المحسوبة بالقيمة الجدولية اتضح أن القيمة المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية لاختبار الإشارة ، وهذا يعنى أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الضابطة في التطبيقين العدى الأول والثانى على أدوات الدراسة" وذلك لأن هذه المجموعة لم يقدم لها أية برامج تدريبية يمكن أن تأثر على الجوانب التى تم قياسها بهذه الأدوات .

جدول رقم (٣١)

دلالة الفروق بين درجات المجموعة التجريبية(١) في التطبيقين البعدى الأول والبعدى الثانى على أدوات الدراسة

الأطفال / أدوات الدراسة	الأول		الثانى		الثالث		الرابع		إشارات الفرق
	قبلى	بعدى أول	قبلى	بعدى أول	قبلى	بعدى أول	قبلى	بعدى أول	
اوتيزم الطفولة	٣٩	٤٠	٤٧	٤٦	٤٧	٤٨	٣٤	٣٥	- + - -
فانيلاند للنضج الاجتماعي	٦٢	٦١	٥٢	٥١	٥٧	٥٨	٦٣	٦٢	+ + - +
الجزء الأول من السلوك التوافقى	١٠٥	١٠٤	١٠٢	٩٩	٨٩	٩١	١٠٧	١٠٩	+ + - -
الجزء الثانى من السلوك التوافقى	١٧	١٦	٢٦	٢٥	٢٠	٢٢	١٠	١٣	+ + - -
قائمة أعراض الاوتيزم "كلية"	٦٨	٧٢	٧٣	٧٧	٧٩	٧٨	٥٨	٦١	- - + -
بعد الاضطرابات اللغوية	١٨	١٧	٢٠	٢١	٢١	٢٢	١٩	٢٠	+ - - -
بعد الاضطرابات الاجتماعية	١٧	١٨	١٩	١٨	٢٠	١٩	١٦	١٥	- + + +
بعد الاضطرابات الانفعالية	١٥	١٦	١٦	١٧	١٧	١٨	١٥	١٤	- - - +
بعد مشكلات رعاية الذات	٨	١٠	٩	١٠	١٠	٩	٣	٥	- - + -
بعد المشكلات السلوكية	١٠	١١	٩	١١	١١	١٠	٥	٧	- - + -

وبحساب القيمة الصغرى لاختبار الإشارة كانت [١،١،٢،٢،١،١،١،١،١،١] على التوالى ،وبالكشف عن القيمة الجدولية لاختبار الإشارة عندما ن=٤ (عدد أفراد المجموعة التجريبية(١)) وجد أنها تساوى "صفر" وبمقارنة القيم المحسوبة بالقيمة الجدولية اتضح أن القيمة المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية لاختبار الإشارة ، وهذا يعنى أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية(١) في التطبيقين البعدى الأول والثانى على أدوات الدراسة " . مما يشير إلى استمرار فعالية برنامج المهارات الاجتماعية في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى أفراد هذه المجموعة .

جدول رقم (٣٢)

دلالة الفروق بين درجات المجموعة التجريبية(٢) في التطبيقين البعدى الأول والبعدى الثانى على أدوات الدراسة .

الأطفال / أدوات الدراسة	الأول		الثانى		الثالث		الرابع		إشارات الفرق
	قبلي	بعدى أول	قبلي	بعدى أول	قبلي	بعدى أول	قبلي	بعدى أول	
اوتيزم الطفولة	٣٩	٣٨	٣٥	٣٦	٣٥	٣٤	٣٧	٣٥	+ + − +
فاينلاند للنضج الاجتماعي	٥٤	٥١	٥٣	٥٢	٥١	٥٢	٥٩	٥٧	+ − + +
الجزء الأول من السلوك التوافقى	٨٦	٨٥	١٠١	١٠٣	٩٣	٩١	١٠٣	٩٩	+ + − +
الجزء الثانى من السلوك التوافقى	١٦	١٧	١٨	٢٠	١٧	١٨	٢٢	٢١	+ − − −
قائمة أعراض الاوتيزم "كلية"	٨٠	٨٣	٦٤	٦٧	٦٥	٦٨	٧٢	٧١	+ − − −
بعد الاضطرابات اللغوية	٢٠	٢١	١٩	٢٠	٢٠	٢١	١٩	١٨	+ − − −
بعد الاضطرابات الاجتماعية	١٨	١٧	١٤	١٠	١٣	١٥	١٧	١٦	+ − + +
بعد الاضطرابات الانفعالية	١٨	١٩	١٠	١٢	١٥	١٤	١٥	١٤	+ + − −
بعد مشكلات رعاية الذات	١٣	١٤	١١	١٠	٩	١١	١٠	١٢	− − + −
بعد المشكلات السلوكية	١١	١٢	١٠	١٤	٨	٧	١١	١٤	− + − −

وبحساب القيمة الصغرى لاختبار الإشارة كانت [١، ١، ١، ١، ١، ١، ٢، ١، ١، ١] على التوالى ، وبالكشف عن القيمة الجدولية لاختبار الإشـارة عندمـا ن=٤ (عدد أفراد المجموعة التجريبية(٢)) وجد أنها تساوى "صفر" وبمقارنة القيم المحسوبة بالقيمة الجدولية اتضح أن القيمة المحسوبة أكبر من القيمة الجدوليـة لاختبار الإشارة ، وهذا يعنى أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية(٢) في التطبيقين البعـدى الأول والثـانى علـى أدوات الدراسة" .

مما يشير إلى استمرار فعالية برنامج الإرشاد الأسرى في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى أفراد هذه المجموعة .

جدول رقم (٣٣)

دلالة الفروق بين درجات المجموعة التجريبية(٣) في التطبيقين البعدى الأول والبعدى الثانى على أدوات الدراسة .

الأطفال / أدوات الدراسة	الأول		الثاني		الثالث		الرابع		إشارات الفرق
	قبلى	بعدى أول	قبلى	بعدى أول	قبلى	بعدى أول	قبلى	بعدى أول	
اوتيزم الطفولة	٣٢	٣٣	٣٣	٣٢	٣٠	٣١	٣٢	٣٠	+ - + -
فانيلاند للنضج الاجتماعي	٨٤	٨٣	٨٥	٨٤	٨٩	٨٦	٧٨	٧٩	- + + +
الجزء الأول من السلوك التوافقى	١٥٧	١٥٨	١٤١	١٤٠	١٤٢	١٤٣	١٥٣	١٥٠	+ - + -
الجزء الثانى من السلوك التوافقى	١٤	١٧	١٢	١٤	١٣	١٢	١٥	١٦	- + - -
قائمة أعراض الاوتيزم "كلية"	٥٢	٥٠	٤٥	٤٨	٢٣	٣٠	٣١	٣٩	- - - +
بعد الاضطرابات اللغوية	١٧	١٦	١٣	١٥	٥	٧	٧	٩	- - - +
بعد الاضطرابات الاجتماعية	١٢	١١	١١	١٢	٦	٧	٨	٩	- - - +
بعد الاضطرابات الانفعالية	١٤	١٣	١٢	١١	٦	٨	٨	١٠	- - + +
بعد مشكلات رعاية الذات	٤	٣	٣	٥	٣	٢	٣	٤	- + - +
بعد المشكلات السلوكية	٥	٧	٦	٥	٣	٦	٥	٧	- - + -

بحساب القيمة الصغرى لاختبار الإشارة كانت [٢،١،٢،١،١،١،٢،٢،١،١] على التوالى ، وبالكشف عن القيمة الجدولية لاختبار الإشارة عندما ن=٤ (عدد أفراد المجموعة التجريبية(٣)) وجد أنها تساوى "صفر" وبمقارنة القيم المحسوبة بالقيمة الجدولية اتضح أن القيمة المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية لاختبار الإشارة ، وهذا يعنى أنه " لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين درجات المجموعة التجريبية(٣) في التطبيقين البعدى الأول والثانى على أدوات الدراسة " .

مما يشير إلى استمرار فعالية برنامجى الإرشاد الأسرى والمهارات الاجتماعية معا في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى أفراد هذه المجموعة .

وباستعراض نتائج الجداول (٣٠-٣٣) يتضح عدم وجود تغير دال بين درجات التطبيقين البعدى الأول والثانى لمجموعات التصميم التجريبى الأربع ، وهذا يشير إلى أهمية البرامج والتدريب الذى كان يلقاه الأطفال الاوتيستك أثناء تطبيقها ويؤكد على حقيقة أن تدريب هؤلاء الأطفال لا يتأتى بفعالية برامج تستمر لمدة صغيرة وانما يتطلب الأمر استمرار التدريب لفترات أطول قد تستمر لخمسة سنوات أو أكثر ، وبهذا يكون الفرض الثالث قد تحقق .

وبالرغم من عدم وصول الفروق بين نتائج التطبيقين البعدى الأول والثانى في كل مجموعة لمستوى الدلالة والذى يشير الى استمرار تأثير فعالية البرامج المقدمة للحالات فان هذه الفروق التى ظهرت في الأداء إنما تشير وتنبه إلى ضرورة استمرار تدريب هذه الحالات لفترات زمنية طويلة المدى – ربما مدى الحياة – لتصل الى مستوى مناسب من التكيف والتوافق مع الحياة الاسرية والاجتماعية يكفل لها وللآخرين حياة مستقرة بعض الشئ ، فهذه الحالات تحتاج لتدريب يومى ولو فترة قصيرة جداً لأنها تحتاج من يذكرها باستمرار لما تم تعلمه أو التدريب عليه ، فالاوتيزم إعاقة مزمنة ولكن التدريب معها يأتى بنتائج حسنة إذا كان مناسبا للحالة ولفترات طويلة طبقا لما أشارت اليه الدراسات التالية:

فقد أشار سيسان وآخرون (١٩٨٩) بأن فترات تدريب حالات الاوتيزم تتراوح من (١-٥) سنوات ، أما كرانتز وميكلننهان (١٩٩٣) فقد أشارا بأن تدريب الطفل الاوتيستك يستغرق (٥-٨) سنوات بواقع خمسة أيام في الأسبوع لمدة ساعة ونصف يوميا .

وعن الفروق غير الدالة التى ظهرت في نتائج مجموعة الإرشاد الأسرى ، فتشير إلى ضرورة استمرار تقديم الدعم والمساندة لأسر الأطفال الاوتيستك حتي لا يضعف حماسهم وتفتر هممهم وعزائمهم من جهة مساعدة أطفالهم وتقبل اعراض إعاقتهم بصدر رحب .

رابعاً : عرض الحالات الكلينيكية

استخدمت الباحثة منهج دراسة الحالة في الوصف الكلينيكى لحالتين من حالات الدراسة، لأهمية دراسة الحالة في تجميع كافة المعلومات المتراكمة حول الفرد ، حيث أنـــها تحتـوى بالإضافة إلى المعلومات التاريخية التى تسرد عنه على معلومات الاختبارات التــى أجريـت عليه ، ومعلومات المقابلات التى تمت معه ومع الأسرة ومعلومات الفحوصات والملاحظـــات التى تتعلق به (ماهر عمر ، ١٩٩٢ ، ٢١٠) .

نموذج (١) لحالة أوتيستك

بيانات أولية

الاســـم/ (م.ج) الجنـــــس/ أنثى

العمـــر/ أربع سنوات وثلاثة أشهر الترتيب الميلادى/ الأولى

الجنسية/ مصرية الديانـــــة/ مسلمة

المظهر الخارجى للحالة/ نحيفة إلى حد ما ، حالتها الصحية جيدة ، وجهـــها خـــالى مـــن أى تعبيرات انفعالية ، نظراتها شاردة باستمرار وليست مركزه على شئ ما ، كما أنها لا تجـــذب الناظر إليها لمحاورتها فهى لا تبادله النظرات أو تعطيه اهتماماً ، وتعطى انطباعاً بأن لديـــها حَوَل ، ملابسها نظيفة باستمرار ، لا تستجيب لتنفيذ أى أمر ولو بسيط جداً ، كما لا تســتجيب لسماع اسمها ، تمارس سلوكيات نمطية تتمثل في اللف والدوران فــي الغرفـــة بـــدون ملـــل وتصدر أصواتاً مزعجة بالضحك أو الصراخ بدون سبب واضح .

تاريخ الأسرة

يعمل الأب مأمور ضرائب ولديه مكتب خاص للاستيراد والتصديـــر ، والأم ليســـانس حقوق – متفرغة لتربية أطفالها ورعاية شئون المنزل ، عمرها وقت الحمل في الحالـــة (٢٥) عاماً وعمر الأب (٣٢) عاما ، ولا توجد صلة قرابة بينهما ، كما تم الزواج بطريقة تقليديـــة عن طريق أحد الأصدقاء ، ولا توجد بينهما قصة حب سابقه للزواج ، وتخلو أسرة الزوجيـن من حالات مصابة بأمراض عقلية أو نفسية أو جنسية أو وراثية أو حالات إدمان أو انحـــراف سوى وجود حالة واحدة في أســـرة الزوج هـــى أخته قـــد تأخـــرت فـــي الكـــــلام حتى

عمر ٦ سنوات وبعدها تكلمت بطريقة عادية ، وتتكون الأسرة من خمسة أفــراد هــم : الأب ، الأم ، الجدة (والدة الأب) ، الحالة ، أخ أصغر منها تم فطامه قريبا ، وتعيش الأسرة في شـقه مناسبة بحي العباسية بمدينة القاهرة ، بمستوى اقتصادي فوق المتوسط أى يسمح دخل الأسـرة بتوفير كافة الاحتياجات المادية لأفرادها ، والأسرة يتسم مناخها بالهدوء والاستقرار الانفعـالي إلى حد كبير، ملتزمة بأداء الشعائر الدينية .

إلا أن الأمر لا يخلو من بعض الخلافات الأسرية التى تنشأ بسـبب اختـلاف وجـهات النظر في تربية الأطفال وأساليب التعامل معهم ، فعندما بدأت تظهر أعراض إعاقة الحالة لـم يتقبل الأب الصدمة بصدر رحب وبدأ في اتباع أساليب الرفض والنبذ والقسوة الشديدة للابنـة وترك مسئولية الرعاية الكاملة للأم ، فلديها القدرة على تحمل المسئولية وتقبل العواقب مـهما كانت بصدر رحب والرضا بقضاء الله ، فلا يظهر على وجهها أية ملامح للتذمر أو السـخرية أو الشعور بالنقص ، وتبذل قصارى جهدها لمساعدة ابنتها وتبادر دائما بالبحث عن الاستشـارة ، ولديها استعداد شديد لتحمل أعباء إعاقة ابنتها حتي تجد لها التأهيل المناسب .

وثقافة الأم في مجال الاوتيزم عالية ، حيث كانت تواظـب علـى حضـور جلسـات الإرشاد التى قدمتها الباحثة وتسأل عن كيفية التصرف عندما تأتى الحالة بسلوك ما ، وتنفذ ما يطلب منها وقارئه جيدة وناقدة لكثير من المقالات التى استعارتها من الباحثة ، أى أنها عاشـت المشكلة بكامل وعيها .

ويرفض الأب المشاركة الفعلية في تدريب "الحالة" أو بذل أى جهد سوى الانفاق علـى الاستشارات والعلاجات الروائية والفحص الطبى ، فلم يقصر في هذا الاتجـاه وقـد عـرض الحالة على أكثر من متخصص في الأمراض العصبية والنفسية وأطبـاء الأنـف والأذن فـي القاهرة – الإسكندرية – طنطا وبعد أن يأس من فاعلية العلاجات الطبية أصبح سلبى بدرجـة كبيرة لا يعير الأمر اهتماما .

وعلاقة الحالة بأبيها سطحية جدا أما علاقتها بأمها فقويـة للغايـة ، وتحب أخيـها الأصغر الذى يحرمها من اللعب بأى شئ ويشد ما بيدها دائما فتقول الأم عليه أنه غيور جـدا لا يسمح للحالة بالجلوس على رجـل الأم أبدا كما أنـه طماع يميل إلـى احتكار كـل شـئ لنفسه فقط والحالة هادئة تقابل سلوكياته هذه بالسلبية .

<u>التاريخ التطوري للحالة</u> (منذ الحمل – اكتشاف الإعاقة)

١- معلومات حول ظروف الحمل والولادة والرضاعة :-

جاء الحمل مرغوبا فيه فهو الحمل الأول للأسرة ، ومرت فترة الحمل بمتابعة طبيـــة دون أي اضطرابات أو مضاعفات ، ولم تتناول الأم عقاقير أو تتعـــرض للأشـــعة ، وتمـت الولادة بعد اكتمال فترة الحمل كاملة وكانت طبيعية جدا ووزن الطفلة كان حوالى (٢,٥) كجـم ، وكذلك مرت فترة الرضاعة بسلام إلا أن الفطام تم فجائياً في عمر عام ونصف لأن الحالـة رفضت تناول أية أطعمه إضافية بجانب الرضعة واقتصرت على الرضاعة فقط ممـا يـترتب عليه أن تستمر في البكاء طوال الليل مما يسبب أرق للأم وحرمانها من النوم ممـــا أدى الـى الفطام واعطائها وجبات خارجية ، ووزن الطفلة يزداد في فترات الرضاعة ولم تظهر عليـــها أية بوادر إعاقة حتى عمر سنة وثمانية شهور .

٢- مظاهر النمو الجسمى والحركى والحسى :-

كانت مظاهر النمو الجسمى المتمثلة في (الجلوس ، الحبـــو ، التســنين ، الوقـوف- المشى) طبيعية ، كما استطاعت التحكم في المثانة والإخراج في عمر سنتين ، ألا أنـــها تبلـل نفسها حتى الآن عند إصابتها بأى مرض عضوى وعند تناولها المضادات الحيويـــة . وعنـد الاستجابة للمثيرات السمعية فهى تفضل دائما سماع الموسيقى والأغانى وإعلانات التليفزيـــون تشدها بطريقة غريبة ، فعندما تسمع أى منهم تترك ما بيديها وتتجه ناحية المصدر ، أما سـماع أصوات أحد أفراد الأسرة لا يعيرها اهتماما ، و كذلك لا تستجيب لسماع اسمها إلا نادرا جدا

وبالنسبة للمثيرات البصرية فهى لا تهتم إلا بالأشياء غير الأساسية أو غير الواضحة للجميع فمثلا تهتم بالنظر الى ساعة أو خاتم أو دبوس بالإشارب أو شراب دون الاهتمام بالنظر الى اللبس الاساسى ، كما يلفت نظرها وجود جرح في يد أحد أفراد الأسرة دون الاهتمام بهذا الفرد نفسه أو النظر إليه ، أما حاسة اللمس فهى لا تستخدمها في التمييز بين الأشياء الناعمة الملمس أو غيرها . وتستخدم حواس الشم والتذوق في التعرف على كافة الأشياء سواء كان لها رائحة وطعم مميز أم لا ، فلا تتناول أى طعام قبل أن تشمه أولا ثم تضعه على فمها فإذا لم تتقبله فتقوم بطرده وإسقاطه من الفم وهذا لا يعنى أن الشيء ذو طعم مر

أو رائحة كريهة . وقد حاولت الأم تدريب الحالة على تقبل الأطعمة المناسبة من خـــلال التعـــرف على الرائحة بشمها والتعرف على طعمها بتذوقها وقد تقبلت الحالة هذا التدريب لكنـــها فـــي حالـــة الانفعال والثورة أو حالة الشبع التام تقوم برفض أي شئ وتقطيعه ورميه تحت قدميها على الأرض

٣- مظاهر النمو اللغوى :-

كانت الحالة تناغى امها في السنة الاولى من العمر وتصدر أصواتا تعبر عن حالتـــها الانفعالية سواء بالبكاء أو بالضحك ، كما أنها كانت تنطق بعض الكلمـــات البســيطة غــير واضحة المخارج مثل (يا-ما-دا-نده-أمبو..) وكانت تعبر عن رغبتها في قبــول أو رفــض الشيء المعروض عليها فتقول "لأ" في حالة الرفض ، (آه) في حالة الموافقة .

٤- مظاهر النمو العقلى :-

تستطيع الحالة التعرف على أجزاء جسمها عند سؤالها فين عينك ، فين ايدك ، فيــن فمك ، فين رجلك... تقوم بالمشاورة على الجزء المطلوب ، تستطيع التمييز بين بعض الألوان كالأحمر -الأبيض-الأخضر عندما يطلب منها عزل المكعبات ذات اللون الأحمــر تســتجيب لذلك وكذلك اللون الأبيض-الأخضر ، أما باقى العمليات العقلية لا تستطيع إدراكها .

٥- مظاهر النمو الاجتماعى :-

تمثلت الاتصالات الأولية للحالة مع الأم في الاستجابة لمناغاة الأم ووجودها بجــانب الحالة فكانت تبادلها الابتسامة وتبكى عندما تتركها الأم أو الجدة والأب ، كما كانت تســتأنس بوجود الآخرين حولها .

٦- مظاهر النمو الخلقى :-

كانت الحالة تتجنب فعل السلوك الخاطئ خوفا من عقاب الأب فتلزم الــهدوء عــادة أمامه لأنه كان يعاملها بقسوة شديدة ويمكن أن تكذب من أجل تجنب العقاب فعندما يقول الأب عملتى كذا... تقول لا .

٧- مظاهر النمو الجنسى :-

لا تدرك الحالة الفروق بين الجنسين حتى اكتشاف الإعاقة لأنها كانت وحيدة فى هــذه الفترة ، وكل ما تعرفه عن الجنس الآخر القسوة ، التسلط ، العصبية ، النرفزة التى يتسم بها الأب ، لذا فهى تفضل التوحد مع الأم مصدر الحنان والحب فى المنزل ، ولــم تحــدث لــها

صدمات جنسية لأنها لم تختلط مع أطفال آخرون من الجنسين ، وتذكر الأم أن الحالة تتلذذ بالمداعبة الجنسية أثناء استحمامها أو أثناء تغيير ملابسها وكأن الأم " تزغزغها " .

٨- مظاهر النمو النفسى :-

الحالة دائمة الالتصاق بالأم أينما تذهب ولا ترغب في الجلوس مع الأب إلا عندما تريد النوم ، فقد تعودت أن تنام على رجل الأب بالهزهزة والطبطبة فيما عدا ذلك ليست لها علاقة بالأب ، إلا عندما يأتى لها بلعبة أو شئ جديد ، وعندما تتعرض لموقف جديد أو مشكل لا تحاول مواجهته بل تتركه وتضرب به عرض الحائط ، وعندما تحصل على شئ جديد ويحاول أخيها الأصغر جذب هذا الشيء من يديها تتركه له دون أى محاولة للاحتفاظ به سوى الصراخ لفترة محدودة وتنسى الموضوع وكأنه لم يكن .

أما مواقف الاستثارة التى تتعرض لها فتتمثل في منعها من ممارسة شئ مفضل أو أخذ أحد ألعابها فتصرخ وتعض يدها ، وقد عادت الطفلة الى بعض السلوكيات النكوصية كالحبو أو تبليل الفراش بعد مولد أخيها الأصغر وانشغال الأم به .

<u>التاريخ المرضى السابق لاكتشاف الاعاقة :-</u>

لم تحدث للحالة إصابات خطيرة منذ الميلاد وحتى (١٫٨) سنة سوى ارتفاع (درجات الحرارة أحيانا – الإسهال – الكحة – الرشح...) ما يحدث لكل الأطفال وكانت في كل مرة تعرض على الطبيب المختص وتأخذ العلاج المناسب وتزول الأعراض دون أى مشاكل .

الشكوى الأساسية :-

وتتلخص الشكوى الأساسية من الحالة في : عدم الكلام – عدم الاستجابة – العزلة التى فرضتها على نفسها – لعبها ومداعبتها لألعابها بطريقه غريبة – عدم النظر في عيون الآخرين بما فيهم الأم – الدخول في ثورات غضب وصراخ عند عدم تنفيذ رغباتها – محدودية الأطعمة التى تتناولها – اضطراب النوم – إصدار أصوات مزعجة بالضحك أو الصراخ–ممارسة سلوكيات نمطية تتمثل في اللف والدوران في الغرفة أو حول الجالسين في الغرفة أو حول منضدة السفرة دون ملل .

بدأ الاحساس بوجود مشكلة لدى الحالة بعد فطامها بفترات بسيطة أى حوالى (١,٨) سـنة ، فبدأت الطفلة تجلس منعزلة في حجرتها لفترات طويلـة ، لا تمـارس أى نشـاط سـوى اللـف والدوران في الغرفة والنظر الى سقف الغرفة لفترات طويلة كأنها تعد أو تتأمل شئ مهم أمامـها ، كما أهملت لعبها فيما عدا العروسة فلا تناغيها كما كانت تفعل من قبـل ، وتلفـها فـي حركـات دائرية أمام عينها ، وتضغط على أزرار البيانو أو التليفون الذى يصدر صوتا ما ، واهتمـت فقـط بالألعاب التى تصدر أصواتا أو يمكن تحريكها أو تنظيمها في صورة صفوف مستقيمة .

وأوضحت الأم أن عدم الكلام لم يقلقنا كثيرا لأن عمتها تأخرت في الكلام حتي سـن السادسة ، فقلنا ممكن تكون مثل عمتها ، أما عدم استجابتها لأى أمر أو لسماع اسمها ، فقلنـا انها لا تسمع فتوجهنا لأطباء الأنف والأذن وعملنا الفحوص المطلوبـة وكـانت النتيجـة أن أعضاء السمع لديها سليمة وليس بها أى خلل ، ونتيجة للصرخات التى كـانت تصدرهـا أو الضحك الهستيرى بدون سبب توجهنا الى أطباء المخ والأعصاب للاستشارة وعمل الفحوص والأشعة المطلوبة ، فتم عمل رسم للمخ ، الرنين المغناطيسى وأشارت النتائج بعدم وجـود خلل عضوى بالمخ ، سوى وجود كهرباء زائدة في المخ لكنها لا تسبب حـالات إغمـاء أو نوبات صرعية ، وكان تشخيص هؤلاء المتخصصين أن الحالة لديـها عجـز فـي الادراك والانتباه وتحتاج فقط لبعض المنشطات وجلسات تخاطب ، ونفذت الأسرة ما أشار به الأطباء لكن الحالة استمرت في التدهور والانعزال واضطراب النشاط الحركى فأحيانا تقضى أيامـا كاملة كسولة لا تفعل شيئا وأحيانا اخرى يزداد نشاطها وحركتها وتكون مزعجة بدرجـة لا تطاق . وفي هذه الأثناء حاولنا إدخالها إحدى دور الحضانة عندما يبلغ عمرها (٢,٥) سـنة ولكنها لم تستمر بسبب كثرة العرض على الأطباء كما أن المشرفة على الحضانـة رفضـت بقائها لعدم استجابتها وتفاعلها مع باقى الأطفال أو مع المشرفة وبعد أن يأسنا مـن مشـوار الأطباء حاولنا إدخالها أحد مراكز الرعاية الخاصة وهو مركز آباء وأبناء لذوى الإعاقـات الذهنية عندما أكملت العام الرابع من عمرها .

وتمثلت مظاهر إعاقة الحالة فيما يلى :-

١- الاضطرابات اللغوية :-

الحالة تتمتم أحيانا بألفاظ غير مفهومة - يصعب عليها المبادرة بالكلام مع الآخريـن - يصعب عليها الاستمرار في المحادثة - لديها قصور واضح في فهم معانى الكلمات - تفشـل

في الاستجابة للتعليمات الموجهة اليها - لديها قصور في تعميم المفـاهيم التـي تعلمتـها ولا تستطيع سرد أحداث قصة حدثت لها .

٢- الاضطرابات الاجتماعية :-

يصعب على الحالة تقليد الآخرين في أقوالهم أو أفعالهم - لا تتواصل مع الآخريـن بالنظر أو الابتسامة - لا تلتفت الى من ينادى عليها - يصعب عليها تكويـن صدقـات مـع الآخرين - وخداع الآخرين أو التحايل عليهم - تفضل اللعب بمفردها عـن المشـاركة فـي الألعاب الجماعية - تفضل العزلة والانسحاب عن الوجود وسط جماعة - لا تسـتطيع الـرد على عبارات التحية والاستقبال - ترفض التلامس الجسدى وتبادل القبلات .

٣- الاضطرابات الانفعالية :-

لا يعكس وجهها تعبيرات انفعالية صادقة - أحيانا تبكى وتصرخ بدون سبب واضح - يصعب عليها فهم انفعالات الآخرين من خلال تغيرات الوجه أو نبرة الصوت - تتحول مـن المرح والنشاط الى العزلة التامة - تتوتر لأتفه الأسباب ويتغير مزاجها بدون سبب - أحيانـا تكون حساسيتها للألم الجسمي ضعيفة .

٤- المشكلات السلوكية :-

لديها شذوذ في النشاط الحركى فأحيانا يكون نشاطها زائد ,أحيانا أخرى يكون ضعيف - تمارس بعض السلوكيات النمطية المتمثلة في (اللف والدوران في المكان ، تحريك أى شـئ أمام العين ، هز أجزاء الجسم ، رفرفة اليدين أحيانا، ...) - تضع بعـض الأشـياء غـير الصالحة في فمها - ترمى الأطعمة على الأرض وتقلب الأثاث - تعض يديـها فـي حالـة الغضب ولكن دون أن توقع الأذى بنفسها أو بالآخرين .

٥- مشكلات رعاية الذات :-

لا تستطيع أداء أى من مهارات رعاية الذات المتمثلة في : تناول الأطعمة ، الشراب ، اللبس ، الخلع ، النظافة سوى تناول بعض السندوتشات في حالة الجوع الشديد .

الاختبارات التى طبقتها الباحثة على الحالة :-

بما أن الاختبارات جميعها تعتمد على الملاحظة الدقيقة للحالة ، لذا فقد تفاعلت كل لأطـراف المهتمة بالحالـة (الباحثـة ، الأم ، مـدرس الفصـل) في الإجابة علـى هـذه الاختبارات

، وجاءت النتائج على النحو التالى :-

اسم الاختبار	الدرجة	اسم الاختبار	الدرجة
متوسط اختبارات الذكاء	٥٠	بعد الاضطرابات الاجتماعية	٢٧
قائمة ريملاند التشخيصية	٤٥	بعد الاضطرابات الانفعالية	٢٣
فاينلاند للنضج الاجتماعي	٣٥	بعد مشكلات رعاية الذات	٢١
اوتيزم الطفولة	٤٦	بعد المشكلات السلوكية	١٧
قائمة أعراض الاوتيزم "الدرجة الكلية"	١١٣	الجزء الأول من مقياس السلوك التوافقى	٤١
بعد الاضطرابات اللغوية	٢٥	الجزء الثانى من مقياس السلوك التوافقى	٢٣

إن متوسط اختبارات الذكاء للحالة يجب التعامل معها بحذر لأن الحالة كانت ترفض الاستجابة على أى بند من بنود الاختبارات ولكن الملاحظة العامة وأراء المدرسين والأم تتفق على أنها من فئة القابلية للتعلم، أما درجاتها على مقاييس [ريملاند - اوتيزم الطفولة - قائمة أعراض الاوتيزم] تعبر عن حالة اوتيزم متوسطة ، وبرسم الصفحة النفسية لمقياس السلوك التوافقى اتضحت جوانب القصور لدى الحالة على الجزء الأول من المقياس وكانت جميع درجات هذا الجزء واقعة تحت المئين (٥٠) أكثرها انخفاضا كان السلوك الاستقلالى والتنشئة الاجتماعية أي أن الحالة تعانى من قصور واضح في مهارات السلوك الاستقلالى، وكذلك المهارات الاجتماعية المتمثلة في (التعاون - وضع الآخرين في الاعتبار - الوعى بالآخرين - التفاعل مع الآخرين - الاشتراك في الأنشطة الجماعية - الأنانية - النضج الاجتماعى) .

أما درجاتها على الجزء الثانى من المقياس فقد وقعت كلها فوق المئين (٦٠) مما يعبر عن كثرة المشكلات والاضطرابات السلوكية لدى الحالة ، وكان أكثرها ارتفاعا الانسحاب [لا تفعل أى شئ بل تجلس وتراقب الآخرين - يبدو عليها عدم الاهتمام بما حولها - نظراتها شاردة - تفضل أن تبقى منعزلة] ، العادات الغريبة أو غير المقبولة [جذب الخيوط من ملابسها - تلعب بالأشياء التى ترتديها كالحذاء أو الأزرار - تضع كل شئ في فمها - تجلس على اى شئ يهتز - لا تحب أن يلمسها أحد] ، استخدام العقاقير فهى تستخدم المنبهات منذ عامين .

البرامج التى قدمتها الباحثة للحالة :-

تقع الحالة ضمن المجموعة التجريبية (٢) من مجموعات التصميم التجريبى للدراسة ، وهذه المجموعة تم تقديم برنامج ارشادى لأسرهم أى أن تعامل الباحثة كان مع أمهات الأطفال وليس الأطفال مباشرة لذا فإن هذه الحالة قد قدم لها برنامجا تدريبيا من خلال الأم .

وبدأت الباحثة البرنامج الإرشادى بتقديم نفسها لأم الحالة ثم تعرفت على الأم وكونت علاقة وطيدة معها مازالت مستمرة حتى بعد انتهاء البرنامج ، وبعد التعاون مع الأم والمدرسة في تقدير سلوكيات الطفلة على مقاييس الدراسة ، قد ملأت الأم استمارة خاصة عن المشكلات التى تعانيها من الحالة وبهذا حددت الباحثة جوانب القصور الواضحة لدى الحالة والتى تشكو منها الأم وهى [مشكلات التواصل اللفظى - غير اللفظى - التفاعل الاجتماعى - مشكلات رعاية الذات - المشكلات السلوكية] .

وقبل البدء في تدريب الأم على كيفية التعامل مع هذه المشكلات ، قدمت الباحثة للأم قدرا من المعلومات النظرية عن إعاقة الاوتيزم وبعض التوجيهات العامة بشأن التعامل مع الطفل الاوتيستك ثم توجيهات بشأن تدريب الطفل الاوتيستك وفي نهاية كل لقاء يتم تقييم اللقاء من خلال استمارة أعدتها الباحثة لهذا الغرض ثم تعطى للأم في كل لقاء مقال مرتبط بما دار حوله اللقاء كى تطلع عليه الأم وتستفيد بما فيه من تطبيقات ، وقد أظهرت الأم نشاطا وإيجابية في القراءة والاطلاع ومحاولة تنفيذ ما يدور خلال اللقاء داخل المنزل .

وبعد التأكد من أن الأم اكتسبت قاعدة معلوماتية عن الاوتيزم لا بأس بها ، بدأت الباحثة في توجيه الأم الى تكوين علاقة وطيدة مع طفلتها أولا قبل البدء في أى تدريب كى يمكنها الاستجابة ثم التدريب على الطاعة والاستجابة من خلال التقليد وبعد ذلك قدمت الباحثة توجيهات بشأن تنمية مهارات التواصل غير اللفظى وأهمها الاستجابة عند سماع اسمها - تبادل النظرات - فهم تعبيرات وملامح الوجه - المصافحة باليد - تبادل القبلات والاحتضان ، ويتم التقييم من خلال استمارة أعدتها الباحثة لتقييم مهارات التواصل غير اللفظى .

وبعد ذلك قدمت الباحثة للأم توجيهات وإرشادات بشأن تنمية مهارات التواصل اللفظى لدى الحالة وقد اشتملت على كيفية الاستجابة للأوامر لفظيا - الرد على التحية لفظيا - الاستجابة على بعض الأسئلة بنعم أم لا - تعليم الحالة كيف تطلب - كيف تسأل وتجيب ، أما

القواعد النحوية فإن الحالة مازالت صغيرة لا تستوعبها ، وتم تقييم مدى التقدم من خلال استمارة تقييم مهارات التواصل اللفظى التى أعدتها الباحثة لهذا الغرض ، ثم قدمت الباحثة للأم توجيهات بشأن تدريب الحالة على مهارات رعاية الذات [تناول الطعام والشراب – اللبس – الخلع – النظافة – تجنب الأخطار] وفي نهاية التدريب تم التقويم وفقا للاستمارات التى أعدت لهذا الغرض ، ثم قدمت الباحثة للأم توجيهات بشأن التحكم في المشكلات السلوكية التى تصدرها الحالة وتعتبر الحالة من ذوى المشكلات السلوكية البسيطة وليست العنيفة فلا توقع الأذى بنفسها أو بالآخرين فليس لديها سوى اللف والدوران – الغضب – وضع الأشياء في الفم ورمى الأطعمة ، فقد استطاعت الأم التحكم في المشكلات بدرجة كبيرة .

وقد استغرق البرنامج حوالى (٢٥) لقاء مدة كل لقاء ساعة أو أكثر واستمر لمدة حوالى (٥) شهور بواقع لقاء أو اثنين في الأسبوع الواحد .

المآل والنتائج :-

أسفر التدريب الذى تلقته الحالة من جانب الأم إلي حدوث تحسن في سلوكيات الحالة ، شعر به كل من تعامل معها ، وظهر هذا التحسن في قلة التمتمة بالألفاظ غير المفهومة ، ونطق بعض الكلمات البسيطة التي تعبر عن احتياجاتها الأساسية ، والاستجابة لبعض التعليمات الموجهة إليها لفظيا في بعض الأحيان ، كما تحسنت علاقاتها بالآخرين فأصبحت تبادر بإلقاء السلام والتحية وتقبلت التلامس الجسدي والاحتضان والتقبيل ، وازدادت فترات تبادلها النظرات مع الآخرين عند التحدث معهم .

كما أصبحت قادرة علي تقليد بعض الحركات والأفعال البسيطة ، وشاركت في ألعاب الجماعة وقلت فترات العزلة والانسحاب لديها عن ذي قبل .

قلت نوبات البكاء والصراخ وخفت حدتها وأصبحت قادرة علي فهم انفعالات الآخرين ومشاركتهم هذه المشاعر في مواقف الحزن والفرح ، وتم التحكم في بعض السلوكيات النمطية التي كانت تمارسها ، لذا ازدادت فترات ممارستها لسلوكيات هادفة ، واندماجها مع الجماعة وأصبحت لا تعض يدها إلا فى نوبات الغضب الحادة .

كما أصبحت تعتمد علي نفسها في تناول بعض الأطعمة والمشروبات الباردة فقط ، أما عن ارتداء وخلع ملابسها فما زالت تحتاج مساعدة بسيطة وتستطيع المحافظة علي نظافتها

الشخصية في حالة عدم إصابتها بأي أمراض عضوية ، وأصبحت تتجنب بعض مصادر الخطر كالكهرباء والأشياء الساخنة جدا والباردة ، وتكون حذره جدا عند تسلق أو نزول السلالم ، كما أنها لا تمشي بمفردها في الشارع .

كما اتضح هذا التحسن من خلال إعادة تقدير سلوكيات الحالة على مقاييس الدراسة السيكومترية –التي تم تطبيقها علي الحالة قبل وبعد البرنامج – فظهرت فروق دالة بين التطبيقين ، ولم تظهر فروق دالة بين التطبيقين البعدي الأول والبعدي الثاني وقد جاءت نتائج التطبيقين البعدى الأول والبعدى الثانى (الذى تم بعد انتهاء البرنامج بشهرين تقريبا) على النحو التالى :

الاختبار	الدرجة في التطبيق البعدى الأول	الدرجة في التطبيق البعدى الثاني	الاختبار	الدرجة في التطبيق البعدى الأول	الدرجة في التطبيق البعدى الثاني
بنيرم الطفولة	٣٩	٣٨	بعد الاضطرابات اللغوية	٢٠	٢١
فاينلاند	٥٤	٥١	بعد الاضطرابات الاجتماعية	١٨	١٧
الجزء الأول من السلوك التوافقى	٨٦	٨٥	بعد الاضطرابات الانفعالية	١٨	١٩
الجزء الثانى من السلوك التوافقى	١٦	١٧	بعد مشكلات رعاية الذات	١٣	١٤
قائمة أعراض الأوتيزم "الدرجة الكلية"	٨٠	٨٣	بعد المشكلات السلوكية	١١	١٢

وبمقارنة درجات التطبيقين القبلي والبعدى الأول نجد أن هناك فروقا دالة إحصائيا لصالح التطبيق البعدى الأول بمعنى انخفاض الدرجات على مقاييس أعراض الاوتيزم أى حدث اختزال للأعراض وعلى الجانب الأخر ازدادت درجات السمات الإيجابية كالنضج الاجتماعى والسلوكيات النمائية ، فهذا يتفق مع منطقية الأمور ، في حين أن مقارنة نتائج

التطبيقين البعدى الأول والثانى لم تظهر فروق ذات دلالة وهذا يؤكد استمرار فعالية البرنامج في تخفيف أعراض الاوتيزم لدى الحالة بعد انتهاء البرنامج أما الفرق الحادث فيشير الى أهمية الاستمرار في تدريب حالات الاوتيستك لفترات طويلة تمتد لعدة سنوات كى يمكن التغلب على سلبيات الاعاقة بصفة عامة .

نموذج (٢) لحالة اوتيستك :-

بيانات أولية

الاسم/ (س.ح) الجنس/ انثى

العمر/ (١٣) سنة الترتيب الميلادى/ الثانية (الأخيرة)

الجنسية/ مصرية الديانة/ مسلمة

المظهر الخارجى للحالة :-

تتمتع بحالة صحية جيدة وبجمال الوجه ، وتعبر ملامح وجهها عن براءة طبيعية لا تعكس أى سمات مرضية ، ويتوقع من ينظر إليها أن حالتها ترجع الى الخجل لعدم تبادلها النظرات مع الآخرين إلا أنه بعد المجالسة يكتشف الناظر إعاقتها فمن يحدثها لا تنظر إليه ولا تستجيب لما يقوله مهما كان الأمر بسيطا ، كما أنها تصدر بعض السلوكيات غير الملائمة اجتماعيا .

تاريخ الأسرة :-

يقع عمر الأب في العقد الرابع فعمره (٤٣) سنة ، يعمل مهندسا في احدى الشركات الخاصة للإنشاء، والأم عمرها (٣٩) سنة بكالوريوس فنون جميلة وتعمل ربة منزل أما باقى أفراد الأسرة فهم الأخوة: أخ اكبر عمره (١٦) سنة ومتفوق في دراسته ، وتعيش الأسرة في شقة مناسبة بمدينة نصر ويكفي الدخل لتوفير الالتزامات الأساسية وزيادة ، والمناخ العائلى السائد هو مناخ الاستقرار تسوده الألفة والمحبة ، وتتسم علاقة الحالة بأفراد أسرتها بالجودة وأصبحت علاقتها بالأب سطحية بعد ظهور علامات الإعاقة عليها فهو لا يقضى معها وقتا كافيا بسبب ظروف عمله التى تفرض عليه البقاء لفترات طويلة خارج المنزل . لا توجد صلة قرابة بين الأبوين ، وقد تم الزواج بعد فترة خطوبة تقترب من العام والنصف ، وجاءت ولادة

المولود الأول طبيعية ، ويعتبر متفوق في دراسته ويتمتع بالخلق الجيد وعلاقته بالجميع حسنه ، وجاء الحمل الثانى بعد فطام الطفل الأول .

وتعيش الأسرة مناخ اجتماعى تتمتع فيه بعلاقة طيبة مع الجيران والأقارب والأصدقاء فيتم تبادل الزيارات والذهاب الى النوادى وقصور الثقافة والأماكن الدينية "كالسيدة والحسين" وهذا جعل الأطفال على صلة جيدة بهذه الأماكن ، وقد أوضحت الأم أنه لا يوجد في تاريخ أسرتها أو أسرة الزوج أى من الإعاقات العقلية أو النفسية أو الوراثية أو حالات إدمان أو انحراف ، كما لا توجد حالات مشابهة لحالة طفلتها .

التاريخ التطورى للحالة (منذ الحمل وحتى اكتشاف الاعاقة)

١- معلومات حول ظروف الحمل والولادة والرضاعة :-

كانت رغبة الأبوين شديدة لإنجاب طفلة لتكون أختا للابن الأكبر ، وقد حدث الحمل بعد فطام الطفل الأول بفترة قصيرة ، وكانت الحالة الصحية والنفسية للأم أثناء هذا الحمل جيدة جدا وكان قد بلغ عمر الأم عند بدء الحمل (٢٥) سنة وعمر الأب (٢٩) سنة ومرت فترة الحمل بدون أى مشاكل حتى الشهر الثامن فتغير وضع الجنين وأصبح معكوسا وقد تسبب هذا الوضع في تأخر ميعاد الولادة بحوالى(٢٠) يوما على الأقل ، وقد نزلت المياه السابقة للولادة على الأم في هذه الفترة وقبل نزول الجنين بأسبوع وقضت الأم هذه الفترة المؤلمة في المستشفي وكانت تحت إشراف طبى في أحد المستشفيات الخاصة ورغم ذلك لم تتم الولادة بطريقة طبيعية بل كانت قيصرية ، وكانت الطفلة طبيعية فبكت أثناء نزولها وكان وزنها طبيعى حوالى (٢,٨٠٠) كجم ، ولم يحدث لها مضاعفات في الشهور الأولى من الولادة ، والرضاعة طبيعية لمدة شهرين فقط ، ثم رفضت الطفلة تناول ثدى امها وامتنعت عن الرضاعة الطبيعية فاستخدمت الأم اللبن الصناعى معها تحت إشراف طبى ومرت فترة الرضاعة بدون اضطرابات وكان وزن الطفلة يزداد بالرضاعة التى استمرت حتي عمر سنة وستة أشهر وقد تم فطامها تدريجيا بإدخال وجبات بسيطة بجانب الرضاعة .

٢- مظاهر النمو الجسمى والحسى والادراكى :-

كانت مظاهر النمو الجسمى والحسى والادراكى طبيعية ، فقد بدأت الجلوس في عمر (٧) شهور والتسنين في عمر (٦) شهور ، الحبو في عمر (٩) شهور ، الوقوف في عمر

(١١) شهرا والمشى في عمر سنة وشهرين ، والتحكم في يدها واستخدام الأطراف في الحركة في عمر (١،٨-٢) سنة ، وفى عمر سنتين استجابت للمثيرات السمعية والبصرية ، فتصرخ عند سماع الأصوات المزعجة وتبتسم عند سماع صوت الأم أو الموسيقى ، كما كانت تدير بصرها ناحية شئ متحرك أمامها فتلتفت ناحية الأم أينما تتحرك وتميل إلى الألوان الزاهية ويمكنها تمييز الأشكال ذات الألوان المختلفة في لعبها... ، كما كانت تتذوق الأطعمة وتقبل على الأطعمة ذات الطعم الحلو وترفض ذات الطعم اللاذع أو المر ، وبصفة عامة كانت تستخدم حواسها كأدوات لإدراك الأشياء وتفسيرها وقد استطاعت الحالة التحكم في الإخراج في عمر سنتين ، إلا أنها مازالت لم تتحكم في المثانة وتتبول لا إراديا بالليل فقط .

٣- مظاهر النمو اللغوي :-

تمثلت مظاهر النمو اللغوي لدى الحالة في أنها كانت تبكى وتضحك وتناغى بأصوات لها دلالات غالبا فسيولوجية ، كما أنها نطقت كلمات بسيطة (بابا - ماما - داد - ده آه ٠٠) قبل اكتمال العام الأول من العمر كما كانت تغنى وتردد بعض أغاني الإعلانات قبل اكتمال العامين وكانت تستجيب لفظيا لبعض الأوامر بالقبول "نعم" والرفض "لأ" ، وتجيب على من يسألها اسمك ايه كما كانت تعبر عن حاجاتها ورغباتها لغويا (امبو - مم - ببيه - افتح ...) كما كانت تفهم ما تقوله ولم يظهر عليها أى نوع من اضطرابات الكلام حتي اكتمال العامين .

٤- مظاهر النمو العقلى والمعرفى :-

وعن مظاهر النمو العقلى والمعرفي لدى الحالة فقد كانت تستطيع التعرف على أعضاء جسمها (اليد - الأصابع - العين - الفم - الشعر- الرأس - الرجل - البطن) لفظيا وبالإشارة على الجزء المطلوب، وكانت تعبر عن الأشياء التى تلبسها أو تأكلها لفظيا مثل (فستان - جزمة - شراب - بسكويت - شيبس-حلاوة -٠٠٠) ، وكانت تدرك العلاقة بين الأشياء المتشابهة البسيطة من خلال الصور مثل " هاتى الحاجات اللى بناكلها - هاتى الحاجات اللى بنلبسها ٠٠ " ، أما باقى العمليات العقلية المجردة لا تستطيع إدراكها في هذا العمر .

٥- مظاهر النمو الاجتماعى والخلقى :-

كانت الحالة على صلة وثيقة بالأم منذ الميلاد وحتى الآن ، فقد ارتبطت بها

ارتباطا شديدا ، تشعر بالأمان والحنان في وجودها وتبكى لفراقها وكانت تستأنس بوجود أحـد بجوارها وتلعب مع أخيها الأكبر وتشارك الأطفال الآخرين لعبهم في أثناء وجـود الأم فقـط وكانت بمثابة الطفلة المثالية في الطاعة والأدب وتنفيذ التوجيهات خاصة من الأم ، كما أنـها كانت حريصة على إصدار السلوك الصحيح رغبة منها في الحصول على عطـف الوالديـن ورضاهم ورضاء المحيطين بها .

٦- مظاهر النمو الجنسى لدى الحالة :-

كانت تلعب بأعضائها التناسلية في فترة الطفولة المبكرة على سبيل الشعور بـاللذة ، كما كانت تميل الى التوحد مع أفراد جنسها حتى عمر سنتين ، وبعد ذلك بـدأت تميـل الـى تكوين علاقات مع الجنس الأخر في سن المدرسة وكلها علاقات سطحية ، ولم تحـدث لـها صدمات جنسية في الطفولة المبكرة .

٧- مظاهر النمو النفسى :-

كانت الحالة هادئة مستقرة نفسيا قبل ظهور علامات الإعاقة عليها ، إلا أن جـهازها النفسى تغير تماما عن ذى قبل فأصبحت تميل الى السلوكيات العدوانية - كما ترغـب فـي امتلاك أدوات الآخرين وتستخدم ممتلكات الآخرين دون استئذان - ولا تعتذر عندما يواجهـها أحد بخطئها - لديها رغبة شديدة في فتح الأشياء المغلقة والحصول على ما تريـده دون أن يراها أحد - تحتضن الآخرين بشدة من الخلف - تفرح عندما يعاقب أمامها شخص منـافس لها - لا تتبع القواعد والتعليمات - تميل الى قرص وشد شعر زملائها دون أن يراها أحـد- تبكى وتغضب بدون سبب واضح.

التاريخ المرضى السابق لاكتشاف الإعاقة :-

كانت فترة الطفولة للحالة عادية جدا لم يظهر فيها شئ ملفت للانتباه ولم تظهر عليـها أى دلائل أو علامات للإعاقة فيما بعد .

الشكوى الأساسية من الحالة :-

انقطاع أو توقف الكلام - الاقتصار على ترديد بعض المقاطع التى ينطقها الآخـرون - العزلة التامة عن الجميع بما فيهم الأم - عدم الاستجابة للآخرين أو الشعور بوجودهـم -

عدم الاستجابة للأصوات العالية-عدم تركيز نظراتها على شئ معين ولا تنظر في عيون الآخرين أبدا – اقتصرت اهتماماتها في مشاهدة أفلام الفيديو للكرتون والأفلام الهندية – العصبية الشديدة والضرب بالرجل على الأرض بشدة والخبط على الأذن .

بدأ الإحساس بوجود مشكلة لدى الحالة :

عندما بلغت من العمر سنتين لاحظت الأم بعض السمات الغريبة على الحالة ، فأسرعت بعرضها على فريق من الأطباء ذوى تخصصات مختلفة وأسفرت تقارير الفحص بأن الحالة ليس بها خلل عضوى ، وتم قياس الذكاء لدى الحالة وكانت نسبة ذكائها (٦٤-٨٢-٥٣) في مرات متفرقة وقيل أن لديها اضطراب انتباه مصحوب بالعدوانية والنشاط الزائد في بعض الأحيان وأنها تحتاج لحضانة لرعايتها .

وقد استجابت الأم لهذه التعليمات وألحقتها بإحدى الحضانات القريبة لسكن الأسرة في عمر (٣) سنوات ، ولكن الحالة بدأت في الاعتداء على الأطفال الآخرين بالحضانة وإيقاع الأذى بهم عن طريق العض والقرص وشد الشعر والاستيلاء على أدواتهم ، ولم تتمكن المشرفة من التحكم في سلوكياتها لذا فقد رفضت وجودها بعد حوالى ثلاثة أشهر من التحاقها ، وبالتالى فإن الحالة ظلت في المنزل وأحضرت لها الأم أكثر من مربية لمجالستها وقضاء شئونها ولكن لم تستمر أى منهم أكثر من شهر لسوء سلوك الحالة .

وعند عمر (١٠٫٥) سنة التحقت الحالة بإحدى المدارس الخاصة ولكنها رسبت في العام الأول مرتين وفي السنة الثالثة ثبت عدم قابليتها للاستجابة فتم فصلها من الدراسة نهائيا ، واتجهت الأم بعد ذلك لمراكز الإعاقات ، فقبلت الحالة في إحدى المراكز المتخصصة في التخاطب وتلقت جلسات تخاطب على يد أحد المتخصصين في هذا الشأن ولكنها لم تستفد من ذلك ، وتكرر نقل الحالة لأكثر من مركز ، ونظرا لأن الأم قد عانت الكثير من سلوكيات الحالة التى تسوء باستمرار وتسبب لها الحرج في كافة المواقف الاجتماعية ، فكانت كلما سمعت عن مركز إعاقة تبحث عنه وتسرع بإلحاق الحالة به رغبة منها في حدوث تحسن ملحوظ. واستمرت الأم على هذا المنوال حتى وصلت الى هذا المركز المتخصص ووجدت لابنتها مكانا فيه وهو جمعية أباء وأبناء التى يشرف عليها متخصصين أكفاء ، وقد تم التشخيص الدقيق للحالة لأول مرة (منذ أن بدأت الأم مشوارها السابق) بأنها اوتيزم

واستغربت الأم لهذا الاسم ، ولكن عندما شرح لها المتخصصون طبيعة هذه الإعاقة وسماتها وجدتها تنطبق على ابنتها .

التقت الباحثة بالحالة بعد التحاقها بالجمعية بثلاث أشهر فقط وسجلت عنها الملاحظات الكافية واستعانت في ذلك بالملف الخاص بها في الجمعية وبمدرسى الفصل وكذلك تمت مقابلة الأم أكثر من مرة وبعد ذلك تم تصميم البرامج التى قدمت للحالة .

وتصنف الباحثة مظاهر الإعاقة لدى الحالة قبل تقديم البرامج التدريبية لها على النحو التالى:

١ - الاضطرابات اللغوية :-

تردد كلمات كالببغاء - يصعب عليها المبادرة بالكلام مع الآخرين يصعب عليها الاستمرار في الحديث - لديها شذوذ واضح في نطق الحروف والكلمات - لديها قصور واضح في فهم معانى الكلمات -تفشل في الاستجابة بشكل صحيح للتعليمات الموجهة اليها - لديها قصور في تعميم المفاهيم - لا تستطيع سرد أحداث قصة حدثت لها .

٢ - الاضطرابات الاجتماعية :-

تعانى من صعوبة في التواصل مع الآخرين بالنظر أو الابتسامة - لا تلتفت إلى من ينادى عليها -يصعب عليها تكوين صدقات حميمة مع الآخرين - يصعب عليها خداع الآخرين أو التحايل عليهم - تفضل اللعب بمفردها عن المشاركة في الألعاب الجماعية - تفضل العزلة والانسحاب من الواقع الاجتماعى - ترفض التلامس الجسدى وتميل إلى الابتعاد عن الآخرين .

٣ - الاضطرابات الانفعالية :-

لا تعكس تعبيرات الوجه حالتها الانفعالية - تبكى وتغضب بدون سبب واضح أو عند إجبارها على الاعتذار - يصعب عليها فهم انفعالات الآخرين من خلال تعبيرات وجوههم أو نبرات أصواتهم - عصبية وتتوتر لأتفه الأسباب - لا تستطيع التعبير عن مشاعرها تجاه الآخرين.

٤ - مشكلات رعاية الذات :-

لا تستطيع أداء مهارات رعاية الذات والسلوك الاستقلالى فيما عدا تناول الأطعمة الجافة والحلويات بعد نزع غلافها من قبل الآخرين .

٥- المشكلات السلوكية :-

توقع الأذى بالآخرين عن طريق شد الشعر- القرص - العض - تضايق الآخريـــن بالأصوات المزعجة والسلوكيات غير الاجتماعية - سلوكياتها النمطية تتمثل في الخبط علـــى الأذن، ضرب الرجل في الأرض بشدة، الدخول في ثورات من الغضب والصياح عند محاولة منعها من سلوكياتها اللاأخلاقية المتمثلة في :-

- ❖ الرغبة في امتلاك أدوات الغير واستخدامها دون استئذان .
- ❖ فتح شنط الآخرين والحصول على ما تريده دون أن يراها أحد.
- ❖ الضحك بصوت عال عند معاقبة شخص منافس لها.
- ❖ احتضان الآخرين من الخلف مهما كان نوع الجنس الذى أمامها .

الاختبارات التى طبقتها الباحثة على الحالة قبل تطبيق البرنامج :-

طبقت الباحثة مجموعة من الاختبارات التشخيصية والتقويمية على الحالـــة ، وكلـــها اختبارات تعتمد على الملاحظة الدقيقة للحالة ، لذا فقد تعاونت كل من الباحثة والأم والمدرسة في تقدير سلوك الحالة على بنود هذه الاختبارات ، وجاءت النتائج على النحو التالى :-

الاختبار	الدرجة	الاختبار	الدرجة
متوسط اختبارات الذكاء	٥٨	بعد الاضطرابات الاجتماعية	٢٤
قائمة ريملاند التشخيصية	٤٣	بعد الاضطرابات الانفعالية	٢٥
مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعى	٤٥	بعد مشكلات رعاية الذات	٢٥
اختبار اوتيزم الطفولة	٥٨	بعد المشكلات السلوكية	٢٠
قائمة أعراض الاوتيزم "الدرجة الكلية"	١١٩	الجزء الأول من السلوك التوافقى	١٣٠
بعد الاضطرابات اللغوية	٢٥	الجزء الثانى من السلوك التوافقى	٤٠

إن متوسط الذكاء على اختبارات (رسم الرجل ، لوحة جودارد ، متاهات بورتيوس) يعبر عن أن الحالة تقع في فئة التخلف العقلى البسيط (القابلين للتعلم)، والدرجة على (قائمة ريملاند - اوتيزم الطفولة -قائمة أعراض الاوتيزم بأبعادها) تعبر عن حالة اوتيزم شـديدة ، أما الدرجات على مقياس فاينلاند تعبر عن قصور واضح في المهارات الاجتماعية ، وبرسـم الصفحة النفسية لمقياس السلوك التوافقى اتضحت جوانب القصور لدى الحالة في الجزء الأول من المقياس فقد وقعت معظم درجاتها تحت المئين (٤٠) وكانت أكثر المجـالات قصـورا [التنشئة الاجتماعية - التوجه الذاتى - النمو اللغوى - العمل الاستقلالى] أما درجاتها علـى الجزء الثانى من المقياس فقد ارتفعت ووقعت معظمها بين المئين (٧٠-٩٠) ، وهذا يعكـس أهم الاضطرابات لدى الحالة والتى تتمثل في (الانسـحاب - إيـذاء الـذات والآخريـن - اضطرابات نفسية - الميل الى النشاط الذائد - العادات الغريبة أو غير المقبولـة - العـادات الصوتية غير المقبولة - السلوك المتمرد -السلوك غير المؤتمن - سـلوك اجتمـاعى غـير مناسب - السلوك النمطى) .

البرامج التى قدمتها الباحثة للحالة :-

تعتبر الحالة إحدى حالات المجموعة التجريبية (٣) أى المجموعة التى قدم لأفرادهـا برنامج تدريبى على المهارات الاجتماعية وقدم لأمهاتهم برنامجا إرشاديا تدريبيا ، وتم تقديـم البرنامجين معا أى أن الباحثة تقوم بتدريب الحالة في وجود الأم وتعتمد الجلسة على التفاعل الثلاثى بين (الباحثة -الحالة - الأم)، وحيث أن جلسات برنامج المهارات الاجتماعية التى تقدمها الباحثة للحالة مباشرة يعتمد على التدريب المكثف حوالـى ثـلاث مـرات أسـبوعيا بمتوسط قدرة (٦٥) جلسة ، فإن الأم غير مجبرة على حضور هذه الجلسات جميعها ، وانمـا تكتفي بالحضور حوالى (٢٥) مرة من هذه الجلسات وهذا العدد هو الزمن الـذى اسـتغرقه البرنامج الإرشادى .

ففي الجلسات الأولى خصصتها الباحثة لتكوين علاقة وطيدة مع الحالة ومع الأم ، وبعد ذلك استمرت الباحثة في مشاركة الحالة لأنشطتها التى تمارسها وتحبها كالهزهزة والأرجحـة والجلوس في الملعب على المرتبة والجرى واللعب بالكرة أحيانا ، وفي هذه الأثناء تقدم لـلأم بعض المعلومات البسيطة عن طبيعة إعاقة الاوتيزم وتربط الحوار بالواقع " انظرى الحالـة ماذا تفعل عندما لا يشاركها أحد في نشاط ما ، الاوتيستك يمارس سلوكيات نمطية - انظرى

سلوكيات الحالات الموجودة أمامك سواء كنا في الفصل أو في الملعب.. " ، وفي كل مرة تشارك بالحضور الأم فيها تعطيها الباحثة مقالات تطبيقية عن أساليب التدريب المقترحة لحالات الاوتيزم ، والتى يكون تم تدريب الحالة عليها أمام الأم كى تستطيع تنفيذها باستمرار في المنزل .

ولتنمية مهارات التواصل غير اللفظى تم تدريب الحالة على [اتصال العيون - ملائمة تعبيرات الوجه للموقف - ملائمة حركات الجسم - المصافحة باليد - تبادل القبلات والاحتضان] وتمت الخطوات المتبعة في وجود الأم مع السماح لها بتنفيذ بعض الإجراءات (المتفق عليها في التدريب) أمام الباحثة لضمان كفاءة تدريب الأم للحالة في المنزل .

وبعد حوالى شهر أو أكثر تقوم الباحثة بتقييم أداء الحالة على هذه المهارات طبقا لاستمارة أعدت لهذا الغرض ويقوم بالتقدير مدرس الفصل لضمان الحيادية الكاملة والابتعاد عن وجهات النظر الذاتية للباحثة والأم لأنهما القائمان بالعمل سويا .

وبعد أن تشير نتائج التقييم إلى أن الحالة حققت قدرا من التواصل غير اللفظي مع الآخرين تتجه الباحثة الى البدء في التدريب على مهارات التواصل اللفظى عن طريق زيادة الحصيلة اللغوية لدى الحالة -التعبير عن احتياجاتها لفظيا - كيف تطلب أو ترفض أو تقبل - بدء المحادثة مع الآخر واستمرارها -استعمال الضمائر بطريقة صحيحة - استعمال كلمات ملائمة لمحتوى الحديث . وهذا التدريب استغرق وقتا طويلا جدا وقد استمر أثناء تنفيذ جلسات المهارات الأخرى ، وقد تم التنفيذ أمام الأم ، وكانت تقوم بتطبيق بعض التوجيهات التى تلقتها من الباحثة بخصوص هذا الشأن (وحصلت عليها مكتوبة للاستعانة بها عند التنفيذ في المنزل) أمام الباحثة للاطمئنان على مستوى أداء الأم مع الحالة ، وبعد مرور أكثر من شهر يتم تقييم هذه المهارات من خلال تقدير مدرس الفصل لسلوك الحالة على الاستمارة التى أعدت لهذا الغرض .

وبعد أن تشير نتائج التقييم الى أن الحالة حققت نجاحا ملحوظا في التواصل اللفظى مع الآخرين بدأت الباحثة بتدريب الحالة على مهارات رعاية الذات المتمثلة فى [تناول الطعام والشراب - النظافة الشخصية - الخلع - اللبس - تجنب الأخطار] وبنفس الطريقة تشارك الأم في حضور بعض جلسات التدريب لتلقى التوصيات العامة بشأن مهارات رعاية

الذات وتأخذ محاضرات مكتوبة عن كيفية تنفيذ هذه التدريبات ، لتقوم بتنفيذها مع الحالة في المنزل باستمرار .

وبعد مرور شهر من التدريب على هذه المهارات ، تم التقييم من خلال تقدير مدرس الفصل لأداء الحالة على الاستمارة التى أعدت لهذا الغرض .

وبعد ذلك اتجهت الباحثة لتدريب الحالة على مهارات التفاعل الاجتماعى من حيث تقبل الآخرين-المشاركة في نشاط الجماعة - طلب المساعدة من الآخرين إذا لزم الأمر . وتمت هذه التدريبات ضمن التدريب على الأنشطة السابقة التى تضمنها البرنامج ، فقد حاولت الباحثة دمج الحالة في إطار جماعى في أغلب الأحيان ، وتم تقييم هذه المهارات من خلال تقدير مدرس الفصل لأداء الحالة على الاستمارة التى أعدت لهذا الغرض ، وهذه المهارات لم يخصص لها وقت منفرد في البرنامج الإرشادى بل هى محصلة للمهارات التى تم التدريب عليها من خلال البرنامج . ركزت الباحثة بعد ذلك على اختزال السلوكيات النمطية والتحكم في المشكلات السلوكية لديها من خلال التحكم فى [ثورات الغضب المتكررة - الضحك بصوت عال - التعليقات التى تصدرها وغير الملائمة اجتماعيا - الخبط على الأذن - أو الضرب بالرجل على الأرض - التفتيش في ممتلكات الآخرين - إيذاء الآخرين] وتمت التدريبات المناسبة في حضور الأم التى قامت بتنفيذ خطوات التدريب مع الحالة في المنزل ، وتم التقييم من خلال تقديرات مدرس الفصل لأداء الحالة على الاستمارة التى أعدت لهذا الغرض .

المآل والنتائج :-

أسفر التدريب المركز للحالة سواء من جانب الباحثة أو من جانب الأم الى حدوث تحسن ملحوظ شعر به كل من تعامل مع الحالة ، وظهر هذا التحسن في زيادة حصيلتها اللغوية الى أكثر من مائة كلمة تقريبا ، مما ساعدها على تحقيق تواصل لفظى مع الآخرين بشكل جيد ، كما اتضحت لديها معانى ومدلولات الكلمات واستطاعت الاستجابة اللفظية بجمل مفيدة ، ويمكن أن تبادر بمحادثة الآخرين والاستمرار في المحادثة إذا طلب منها ذلك ، وقلت نسب ترديدها الببغاوى لما تسمعه ، ورغم تخلفها العقلى فقد أصبح مستواها التعليمى بما يعادل الصف الأول والثانى الابتدائى ، وتحسنت علاقتها بالآخرين فأصبحت تفضل المشاركة الجماعية عن اللعب المنفرد وتتقبل التلامس الجسدى والاحتضان والتقبيل من الآخرين ، وترد

عبارات التحية والاستقبال ، وتنظر في عيون الآخرين عند التحدث معهم وتبادلهم الابتسامة ، إلا أن علاقتها مع الآخرين خاصة الغرباء مازالت سطحية في حين أن علاقتها بالمقربين لـها أصبحت حميمة جدا ، زادت قدرتها على التقليد وتحسن أداؤها في استخدام الأشياء والألعاب ، وما زالت براءة الطفولة تميز سلوكياتها فلا تجامل أو تخدع أو تتحايل أو تكذب على الآخريـن وقلت نوبات الصراخ والبكاء لديها وزادت معرفتها بانفعـالات الآخريـن ومشـاركة هـذه الانفعالات بإظهار تعبيرات ملائمة للانفعالات السارة أو المحزنة ، إلا أنها لا تستطيع التعبير عن مشاعرها تجاه الآخرين ، ويمكن أن تتوتر في بعض الأحيان لأتفه الأسباب وقد سـجلت الحالة تقدما ملحوظا في أداء مهارات رعاية الذات فأصبحت تعتمد على نفسـها فـي تنـاول الأطعمة والمشروبات ولبس وخلع الملابس والمحافظة على النظافة الشخصية والعامة كما أنها تدرك معظم مصادر الخطر فلا تقترب منها وتؤدى هذه السلوكيات دون مساعدة أو توجيه .

وقد أمكن التحكم في نشاطها الزائد ، وتحويل معظم سلوكياتها غير الاجتماعية الـى سلوكيات هادفة ، وقلت مضايقتها للآخرين بالحركات والأصوات المزعجة والعدوان عليـهم ، وخفت تكرارات السلوكيات النمطية التى كانت تمارسها .

واتضح هذا التحسن أيضا من خلال تقدير مدرسى الفصل لسـلوكيات الحالـة علـى الاختبارات السيكومترية (التى سبق تطبيقها قبل تنفيذ البرنامج) بعد انتهاء تطبيق البرنـامج مباشرة كتطبيق بعدى أول، وتم تقدير سلوكيات الحالة مرة أخرى بعد انتهاء التطبيق بفـترة زمنية تقدر بشهرين تقريبا كتطبيق بعدى ثانى وجاءت نتائج التقدير في التطبيقين على النحـو التالى :-

الاختبار	البعدى الأول	البعدى الثانى	الاختبار	البعدى الأول	البعدى الثانى
اوتيزم الطفولة	٣٢	٣٠	بعد الاضطرابات اللغوية	٧	٩
فاينلاند	٧٨	٧٩	بعد الاضطرابات الاجتماعية	٨	٩
الجزء الأول من السلوك التوافقى	١٥٣	١٥٠	بعد الاضطرابات الانفعالية	٨	١٠
الجزء الثانى من السلوك التوافقى	١٥	١٦	بعد مشكلات رعاية الذات	٣	٤
قائمة أعراض الاوتيزم "الدرجـة الكلية"	٣١	٣٩	بعد المشكلات السلوكية	٥	٧

وقد ظهرت فروق طفيفة بين التطبيقين البعدى الأول والثانى وهذا يشير الى ضرورة استمرار تدريب الحالة لفترات طويلة تمتد لعدة سنوات .

خامسا : التوصيات التربوية والإرشادية :-

في ضوء نتائج الدراسة الحالية فإن الباحثة توصى باتباع الإرشادات التالية عند تطبيق برنامجى المهارات الاجتماعية والإرشاد الأسرى لفئة الأطفال الاوتيستك وأسرهم :-

١- ضرورة إقامة علاقة وجدانية قوية مع الأطفال الاوتيستك قبل تطبيق برنامج المهارات الاجتماعية ، حيث أن هذا يعتبر مؤشرا لفاعلية الأطفال أثناء تنفيذ خطوات البرنامج .

٢- مراعاة الفروق الفردية فيجب أن تتسم البرامج المقدمة لهذه الفئة من الأطفال في تخطيطها وتنفيذها بقدر كاف من المرونة في تحقيق الرعاية الفردية لكل طفل داخل الإطار العام للبرنامج مع عدم إهمال الجوانب السلوكية الإيجابية التى يمكن أن تكتسبها الحالة من خلال العمل الجماعى والتعاونى .

٣- ضرورة إتاحة فرص اللعب والنشاط الجماعى للطفل الاوتيستك مع الآخرين لمساعدته على كسر حاجز العزلة التى فرضها على نفسه والاندماج مع الآخرين وكيفية التعامل معهم .

٤- ضرورة تركيز كل من برنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسرى على تعليم الأطفال الاوتيستك مهارات رعاية الذات والسلوك الاستقلالى في الحياة العامة ، كى تزداد ثقة الطفل بنفسه ويقل اعتماده على الآخرين .

٥- أن يتضمن كل من برنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسرى أنشطة تسهم في تحقيق النمو المتكامل لجميع جوانب شخصية الطفل الاوتيستك جسميا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا ونفسيا ويتحدد ذلك في إطار ما تسمح به إمكانات الطفل الاوتيستك إلى أقصى درجة ممكنة .

٦- أن يرتكز كل من برنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسرى على استغلال النشاط الزائد والحركات النمطية غير الهادفة وتحويلها إلى أنشطة هادفة وفعالة مما يؤدى إلى تخفيف أعراض الاوتيزم لدى الأطفال الاوتيستك .

٧- ضرورة إقامة علاقة وطيدة مع أسر الأطفال الاوتيستك من خلال التعرف على

ظروفها وأوضاعها الاقتصادية والاجتماعية والصحية ، ومشاركتها ومساندتها لتحمل أعباء إعاقة طفلها من خلال :-

أ- عقد اللقاءات والاجتماعات بين الأسر لتبادل الخبرات والمعلومات .

ب- توفير فرص تدريبية مكثفة لهذه الأسر عن كيفية التعامل مع أطفالهن الاوتيستك .

ج- توزيع كتيبات ونشرات لهذه الأسر تتضمن شرحا مبسطا لجوانب إعاقة الاوتيزم وكيفية تخفيف هذه الجوانب .

٨- ضرورة مشاركة كل أفراد الأسرة مشاركة إيجابية فعالة في تنفيذ البرنامج التدريبى من أجل تخفيف أعراض الاوتيزم لدى الأطفال الاوتيستك .

٩- ضرورة الدمج بين فنيات وأساليب تعديل السلوك عند تطبيق كل من برنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسرى لما لهذا الدمج من فعالية في تحسن حالات الاوتيزم .

١٠- ضرورة الاكتشاف والتدخل المبكر لحالات الاوتيزم لما له من أهمية بالغة في تحسن هذه الحالات في فترات قليلة بالمقارنة بالحالات التى تأخر اكتشافها وتأهيلها .

١١- زيادة عدد مرات التدريب وقلة الوقت المستغرق في كل مرة بسبب قلة فترات الانتباه لدى حالات الاوتيزم ، والتدريب الذى يقوم به عدة أفراد يؤتى بنتائج أفضل من التدريب الذى يقوم به فرد واحد .

١٢- الدمج بين برنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسرى يفيد في تحسن أفضل لحالات الاوتيزم .

١٣-لا يمكن الاستغناء عن دور الأسرة في تنفيذ أى برنامج متكامل للأطفال الاوتيستك .

١٤- التقليل من العوامل أو المثيرات المنفرة التى من شأنها أن تنبئ بظهور السلوك المضطرب أو تطوره .

١٥- مكافأة السلوك الحسن فور صدوره وتجاهل السلوك السئ .

١٦- أن تسهم برامج الإرشاد الأسرى والمهارات الاجتماعية في تهيئة الطفل الاوتيستك لتقبل إعاقته والرضا عن ذاته وتمكينه من اكتشاف قدراته ومواهبه والبعد به عن أحاسيس الخوف والخجل والدونية .

١٧- ضرورة العمل بروح الفريق المتعاون لتحقيق أفضل تحسن ممكن لحالات الاوتيزم كـل على حدة .

١٨- يجب تحديد أولويات كل حالة من وجهة نظر الأسرة والبدء بتنمية هذه الجوانب حتـي تشعر الأسرة والحالة بحدوث التحسن الذى يساعدها على الاستمرار للمشاركة في البرامج .

١٩- متابعة الحالات التى طبق عليها برامج المهارات الاجتماعية والإرشاد الأسرى للتعـرف على مدى استمرار تأثير البرامج في ضبط سلوك حالات الاوتيزم .

٢٠- ضرورة إلحاق الأطفال الاوتيستك بمراكز ودور الرعاية الخاصة بهذه الفئة فإن ذلــك يعتبر أمر حيوى وهام بالنسبة للطفل وللأسرة ، لأن العزلة التى يعيشها الطفل في المنزل تزيد من تفاقم المشكلة وتؤدى إلى تدهور الحالة وازدياد العبء على الأسرة .

٢١- الإكثار من دراسة الحالة لهؤلاء الأفراد لكشف أسرار هذه الإعاقة وإخضاعها للقيـاس السيكومترى والتدخل السيكولوجى .

٢٢- عمل دراسات مسحية للتعرف على مدى انتشار هذه الاعاقة محلياً ومدى خطورتها .

٢٣- ضرورة توفير أساليب تشخيصية مقننة على البيئة المصرية لهذه الفئة .

٢٤- الإكثار من إعداد وتخطيط البرامج المتكاملة التى تقدم لفئة الأطفال الاوتيستك بـهدف التغلب على مظاهر إعاقتهم .

المراجع

- المراجع العربية
- المراجع الأجنبية

أولاً : المراجع العربية

١- ابراهيم مدكور: (١٩٧٥) . معجم العلوم الاجتماعية ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة .

٢- أحمد زكى بدوى : (١٩٨٢) . معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، بيروت ، مكتبة لبنان .

٣- أحمد عكاشة : (١٩٩٢) . الطب النفسى المعاصر ، طبعة مزيدة منقحة ، الأنجلو المصرية ، القاهرة .

٤- أرنوف ويتنج : (١٩٧١) . مقدمه في علم النفس ، ترجمة عادل الأشول ، محمد عبد الغفار ، نبيل حافظ ، عبد العزيز الشخص ، مراجعة عبد السلام عبد الغفار ، دار ماكجروهيل للنشر ، القاهرة .

٥- إسماعيل محمد بدر : (١٩٩٧) . مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد ، المؤتمر الدولى الرابع للارشاد النفسى (٢-٤) ديسمبر ، المجلد الثانى ، ص ص (٧٢٧-٧٥٨) .

٦- إلهام كلثوم : (بدون تاريخ) . احتياجات أسرة أحد أفرادها متخلف عقليا ، (٦) من إصدارات مركز سيتى ، الدار المصرية ، القاهرة ، ص ص (٣-١١) .

٧- أيفت عبد الملك : (١٩٩٣) . بداية التعامل مع الطفل الاوتيستك ، ورشة عمل عن الاوتيزم ، ديسمبر، مركز سيتى، ص ص (٧٩-١٠١) .

٨- جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي : (١٩٨٨) . معجم علم النفس والطب النفسى ، إنجليزى - عربى ، الجزء الأول ، دار النهضة العربية ، القاهرة .

٩- حسني حلواني : (١٤١٦ هـ) . المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوي الاوتيزم-التوحد-من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية ، رسالة ماجستير ، قسم علم النفس ، مكة المكرمة ، جامعة أم القرى .

١٠- رمضان محمد القذافي : (١٩٩٣). سيكولوجية الإعاقة ،الدار العربية للكتاب، طرابلس.

١١- زكريا الشربينى : (١٩٩٠) . الإحصاء اللابارامترى في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية ، الأنجلو المصرية ، القاهرة .

١٢-سميرة عبد اللطيف السعد: (١٩٩٢) .معاناتى والتوحد ، الطبعة الأولى ، الشويخ ، الكويت.

١٣- سهام راشد : (١٩٩٣) .مساعدة أسرة الطفل الذاتوى ، ورشة عمل عن الاوتيزم ، ديسمبر ، مركز سيتى ، ص ص (٨٦-٩٥) .

١٤- صفوت فرج وناهد رمزى : (١٩٩٠) . مقياس السلوك التوافقى ، الطبعة الثالثة ، الأنجلو المصرية ، القاهرة .

١٥- عادل عز الدين الأشول : (١٩٨٧) . معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، مكتبة لبنان ، بيروت .

١٦- ______________ : (١٩٩٢) . الإرشاد الأسرى والوالدية الفاعلة ، المؤتمر الخامس للطفل المصرى ، المجلد الثانى ، القاهرة ، ص ص (٨٨٧-٩١٣) .

١٧- ______________ : (١٩٩٣) . الضغوط النفسية والإرشاد الأسرى للأطفال المتخلفين عقليا ، مجلة الإرشاد النفسى ، العدد الأول ، جامعة عين شمس ، ص ص (١٥-٣٥) .

١٨- عبد الرحمن العيسوى : (١٩٩٠) . باثولوجيا النفس - دراسة في الاضطرابات العقلية والنفسية مع قاموس عربى/انجليزى للمصطلحات الفنية ، دار الفكر الجامعى ، الإسكندرية.

١٩- عبد المنان ملا معمور : (١٩٩٧) . فاعلية برنامج سلوكى تدريبى في تخفيف حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحديين ، المؤتمر الدولى الرابع للارشاد النفسى ، (٢-٤) ديسمبر ، المجلد الأول ، ص ص (٤٣٧-٤٥٨) .

٢٠- عبد المنعم الحفنى : (١٩٧٨) ، موسوعة علم النفس والتحليل النفسى ، الجزء الثانى، مكتبة مدبولى ، القاهرة .

٢١- عثمان فراج : (١٩٩٤) .إعاقة التوحد أو الإجترار ، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، ديسمبر، العدد (٤٠) ، ص ص (٢-٨) .

٢٢- ________ : (١٩٩٥) .إعاقة التوحد أو الاجترار ، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، مارس، العدد (٤١) ، ص ص (٢-٨) .

٢٣- ________ : (١٩٩٦) . إعاقة التوحد أو الاجترار ، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، مارس، العدد (٤٥) . ص ص (٢-٨) .

٢٤- عماد الدين سلطان : (بدون تاريخ). الطب النفسى ، دار النهضة العربية ، القاهرة .

٢٥- عماد عبد الرازق : (١٩٨٧) . الأعراض والأمراض النفسية وعلاجها -أطفال وأحداث ، دار الفكر ، عمان .

٢٦- عمر بن الخطاب خليل : (١٩٩١) . التشخيص الفارق بين التخلف العقلى واضطراب الانتباه والتوحدية ، مجلة دراسات نفسية ، يوليو ، ص ص (٥١٣-٥٢٨) .

٢٧- ________ : (١٩٩٤) . خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحديه (الاوتيستيه) على إستخبار إيزنك لشخصية الأطفال ، مجلة مركز معوقات الطفولة ، إبريل ، المجلد الثالث ، العدد الأول ، ص ص (٦٣-٧٢) .

٢٨- فاخر عاقل : (١٩٨٥) . معجم علم النفس (إنجليزى - فرنسى - عربى) ، دار القلم للملايين ، بيروت ، لبنان .

٢٩- ______ : (١٩٨٨) . معجم العلوم النفسية (إنجليزى -عربى) ، دار الرائد العربى ، بيروت ، لبنان .

٣٠- فاروق صادق : (١٩٨٥) . مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعى ، كلية الدراسات الإنسانية ، جامعة الأزهر ، غير منشور .

٣١- ________ : (١٩٩٣) . أسس برامج التدخل المبكر لذوى الحاجات الخاصة، مجلة معوقات الطفولة ، جامعة الأزهر ، مارس ، مجلد (٣) ص ص (٩-٤٩) .

٣٢- ________ : (١٩٩٤) . برامج التدخل العلاجية والوقائية للمعوقين في سن ما قبل المدرسة ، بحوث ودراسات مؤتمرات اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، إصدار اليوبيل الفضى للاتحاد ، مارس ، ص ص (٦٧ -٨٧) .

٣٣- فتحى السيد عبد الرحيم : (١٩٩٠) . سيكولوجية الأطفال غير العاديين ، إستراتيجيات التربية الخاصة ، الجزء الثانى ، الطبعة الرابعة ، دار القلم ،الكويت .

٣٤- فرج عبد القادر : (١٩٩٣) . موسوعة علم النفس والتحليل النفسى ، دار سعاد الصباح .

٣٥- فريحان قسيس : (١٩٩٣) . التواصل والاوتيستك ، ورشة عمل عن الاوتيزم ، ديسمبر ، مركز سيتى ، ص ص (٦١-٧٦) .

٣٦- فؤاد أبو حطب : (١٩٩٤) . معجم علم النفس والتربية ، الجزء الأول ، الهيئة

العامة لشئون المطابع الأميرية ، القاهرة .

٣٧- كريستين مايلز : (١٩٨٨) . اللغة.. التواصل .. الكلام مع الطفل ذى القدرات المحدودة ، ترجمة أديب مينا ميخائيل ، مركز سيتى.

٣٨- كريستين مايلز : (١٩٩٢) . الطفل المعاق عقليا وأسلوب التعامل معه ، ترجمة ليلى أبو شعر ، مراجعة حسين صلاح الدين ، جمعية المحبة ، دمشق .

٣٩- كمال إبراهيم مرسى : (١٩٩٥) .التدخل المبكر في رعاية التخلف العقلى ودور الإرشاد النفسى منه ، مجلة الإرشاد النفسى ، العدد الرابع ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، ص ص (٢١-٥٠) .

٤٠- ـــــــــــــــ : (١٩٩٥) .التأصيل الإسلامى للإرشاد النفسى لأبناء المتخلفين عقليا ، المؤتمر الدولى الثانى لمركز الإرشاد النفسى ، جامعة عين شمس ، ص ص (١٥٣-١٦٩) .

٤١- ـــــــــــــــ : (١٩٩٦) . مرجع فى التخلف العقلى ، الطبعة الأولى ، دار النشر للجامعات المصرية بالقاهرة ، دار القلم بالكويت .

٤٢- ليلى كرم الدين : (١٩٩٧) . الاتجاهات الحديثة في رعاية الأطفال المعوقين ، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، مارس، العدد (٤٩) ، ص ص (١٦-٢٤) .

٤٣- ماهر محمود عمر : (١٩٩٢) . المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسى ، دار المعرفة الجامعية ، الازاريطه ، الإسكندرية .

٤٤- محمد أنور عشيش : (١٩٩٣) .الذهان عند الطفل ، ورشة عمل عن الاوتيزم ، ديسمبر ، مركز سيتى ، ص ص (٤٠-٥٢) .

٤٥- محمد الشناوى ومحمد التويجرى : (١٩٩٥) .إرشاد والدى الأطفال ذوى الحاجات الخاصة ، المؤتمر الدولى الثانى لمركز الإرشاد النفسى ، المجلد الثانى ، جامعة عين شمس ، ص ص (٥٦٣-٦٠٦) .

٤٦- محمد حسيب الد فراوى : (١٩٩١) برنامج تأهيل طفلة منطوية على ذاتها ، كلية الطب ، جامعة القاهرة ، غير منشور .

٤٧- ـــــــــــــــ : (١٩٩٣) .الخدمات المختلفة التى تقدم للطفل الاوتيستك في مصر ، ورشة عمل عن الاوتيزم ، مركز سيتى - ديسمبر ، ص ص (١٠٢-١٠٧) .

٤٨- محمود حموده : (١٩٩٣) .الطب النفسى - الطفولة والمراهقة - المشكلات النفسية

والعلاج ، دار المعارف ، القاهرة .

٤٩- مركز سيتى : التدريب بغرض الاعتماد على الذات ، برنامج لتعليم مهارات الاعتماد على الذات في إرتداء الملابس ، الجزء الأول (البنطلونات) ، كتيب رقم (٤) ، الدار المصرية ، القاهرة .

٥٠- مركز سيتى : طرق تحسين التعلم والسلوك ، كتيب رقم (٧) ، الدار المصرية ، القاهرة .

٥١- نادية أديب : (١٩٩٣) الأطفال المتوحدون (الاوتيستك) ، ورشة عمل عن الاوتيزم ، ديسمبر ،مركز سيتى ص ص (٤-٣٩) .

٥٢- ناديه بنا : حقوق واحتياجات أسر الأطفال المعاقين ودورهم ،كتيب رقم (٦) من إصدارات مركز سيتى ، الدار المصرية ، القاهرة .

٥٣- ______ : لدى طفل معوق عقليا . ماذا أفعل ؟ من إصدارات مركز سيتى، الدار المصرية ، القاهرة .

٥٤- واطسون : (١٩٨٨) .تعديل سلوك الأطفال ، ترجمة محمد فرغلى فراج ، سلوى الملا ، دار الكتاب الحديث ، الكويت .

ثانيا : المراجع الأجنبية

55- Adrian J. L , Sauvage , D. , Leddet , I. Larmande, c., Hameury, L. and Barthelemy, C. (1992) : Early Symptoms in autism from family home movies evaluation and comparison of life using , J. child psychol. and psychiat. Vo. (55), No.(2), pp. 71-72.

56- Alcentara , p., (1994): Effects of videotape instructional package on purchasing skills of children with autism ,exceptional children , vol.(61), No.(1),pp. 4-55 .

57- Allen, M. H.; Lincoin A. J.; Raufman, A.S. (1991): Sequential and Simultaneous Processing abilities of high functioning autistic and language, J. of Autism Developmental Disorder, vol.(21),No.(4), pp.483-502

58- American Psychiatric Association (1980): Diagnostic and statistical manual of metal disorders (3 rd ed) . Washington, DC : author.

59- Anderson, M., Flusberg, A.T. (1991) : The Development of contingent discovers abilities in autistic children, J. child psychol. and psychiat,Vol .(22), No.(2), pp.171-189.

60- Bailey A., Bolton, P.; Butler, L.; Lecouteur A.; Murphy M., Scott s.; Webb T.; Putter M., (1993) : Prevalence of the fragile anomaly amongst autistic twins and singletons, J. child psychol. Psychiat. Vol.(34), No.(5), pp.673-688 .

61- Baron-Cohen , S. (1991) : Do people with Autism understand what causes emotion? child development, Vol.(62), pp.385-397.

62- Barthelemy. C.; Adrien J. L.; Roux, S. ;Gawrreau, Perrot A.; lelord, G. (1992): . Sensitivity and specificity of behavioral summarized evaluation (BSE) for the assessment of autistic behaviors, J. of Autism Developmental Disorder, Vol.(22), No.,(1), pp.31-33.

63- Berg, I., (1985): Child and Adolescent Psychiatry in Tre
and Sims A. (EDS). Psychiatry Easthou
Tindall.

64- Bierman K. L.; Miller C. M.; Stabb, D.S., (1987) : Imp
social behavior and peer acceptance of reje
effects of social skill training with instr
prohibitions, J.of consulting clinical psy
Vol.(55),No.(2), pp.194-200 .

65- Biersdorff, K., (1994) : Incidence of significantly alt
experience among individuals with devel
disabilities, American J. on Mental ret
Vol.(98), pp.291-315.

66- Biklen, D., (1992) : Typing to talk : Facilitated Commun
American J. of speech and language pathology,
No.(2), pp.15-17.

67- Burke John Charles, (1987) : Assessing and training
children's responses to cross- modal stimuli con
one to four components, D.A.I. Vol.(49),
October ,pp.1413-1414-B .

68- Campbell M.; Kafantaris V.; Malone R.; Kowalik S.; Locas
(1991): Diagnostic and Assessment Issues rela
pharmacology therapy for children and adolescent

Autism, Behavior Modification, Vol.(15), No.(3), July pp.326-354 .

69- Capps L.; Yirmiya N.; and Sigman M., (1992) : Understanding of simple and complex emotions in non–retarded children with Autism , J. Child Psychol. Psychiat., Vol.(33), No.(7), pp.1169-1182.

70- Chambliss, Catherine D.; Renee J., (1994) : Parental response to Lovaas treatment of childhood Autism, Scranton Psychology Conference (9 th ., February)

71- Charlop M.; Milstein J., (1989) : Teaching Autistic children conversational speech using video modeling , J. of Applied behavior analysis, Vol.(22),No. (3) , pp.275-285 .

72- Chock, Patricia N., (1979) : Learning and self- stimulation in mute and echolalic Autistic children , D.A.I. Vol.(41), No.(03), September , P.1019-A .

73- Cohen D. J.; Donnellan A. M., (1985): Handbook of Autism and pervasive developmental disorders, New York, Chichester Brisbane, Toronto, Singapore.

74- Crossley R. (1992): Communication training involving facilitated communication , INDEAL , Communication center (Eds.) facilitated communication training .

75- David W.; Boyd L., (1984) : Adaptive behavior of children with infantile Autism compared to children with Down's syndrome and children with schizophrenia , D.A.I , Vol.(45), No.(05) November , P.1350-A.

76- Demyer M.; Schwier H.; Bryson C.; Solow E.; Roeske (1986) : Free fatty acid response to insulin and glucose stimulation in schizophrenic , autistic and emotionally disturbed children J. of Autism and childhood schizophrenia , Vol.(4), pp.436-452 .

77- Dianne E., Berkell , (1992) :Autism : Identification, Education and treatment, New Jersey, Hove and London.

78- Edelson SM ; Rimland B ; Berger CL ; Billings D (1998) : Evaluation of a mechanical hand-support for facilitated ommunication , J. Autism Dev. Disord. , Apr. , Vol.(28) , No.(2) , PP.(153-157)

79- Ekman, Gunnar and others, (1989) : Fenfluramine treatment of twenty children with Autism, J. of Autism and developmental disorder, Vol.(19), No.(4), Dec. pp.511-532 .

80- Fair Field, (1983): Parents coping with a genetically Handicapped-Child: use of early recollections, Exceptional children, Vol.(94), No(13), pp.411-415

81- Favell J., (1983) : Comprehensive intervention for Autism Youth The Princeton child development Institute , APA Division of the Experimental analysis of behavior, Vol.(18), No.(2), pp.11-13.

82- Fisher WW ; Kuhn DE ; Thompson RH (1998) : Establishing discriminative control of responding using functional and alternative reinforcers during functional communication training , J. Appl. Behav. Anal. , Winter , Vol.(31) , No.(4) , PP.(543-560) .

83- Flusberg H., (1992) : Autistic children's talk about psychological states: deficits in the early acquisition of a theory, J. of Autism and developmental disorder, Vol.(63), No.(1), pp.161-172.

84- Gillberg Christopher (1990) : Autism and pervasive developmental disorders, J. child psychol. Psychiat., Vol.(31), No.(1),pp.99-119.

85- Gillberg Christopher (1990) ; Do children with Autism have March birth days? Acta psychiat. Scand, Vol (82) ,pp 153-156.

86- Goldstein M.; Kuga S; Kusano N. ; Meller E. ; Dancis G. ; Schwarcz R. (1986) : Abnormal psychology experiences origins and interventions, little. Brown and company, Toronto.

87- Hagberg B.; Aicardi J.; Dias K.; Ramos O.,(1983) : Progressive syndrome of Autism, dementa, ataxia , and loss of

purpose, : Rett's syndrome : Report of 35 case annals of neurology, Vol.(14), pp.471-479.

88- Harrison R.; Newirth J., (1990) : The effect of sensory deprivation and Ego strength as a measure of Autistic thinking , J. of personality assessment, Vol. (54) , No (38-4),pp. 694-703.

89- Helly A., Roberts G. (1975) : Tryptophan metabolism in psychotic children , Developmental medicine and child neurology, Vol.(7), pp.46-49.

90- Helm, David P., (1981) : Behavior modification and intensive interpersonal involvement in the treatment of an Autistic child, D.A.I., Vol.(41), No.(11),May, P.4263-B

91- Hobson R. P.; Ouston J. and Lee A., (1986) : The outistic child's appraisal of expressions of emotion , J. child psychol. Psychiat. , Vol (27) , pp 321-342 .

92- Hollander E. ; Delgiudice-Asch G ; Simon L ; Schmeidler J ; Cartwright C ; Decaria CM ; Kwon J ; Cunningham-Rundles C ; Chapman F ; Zabriskie JB (1999) : B Lymphocyte antigen D8 / 17 and repetitive behaviors in autism , Am. J. Psychiat. , Feb. , Vol. (156) , No. (2) , PP. 317-320..

93- Ho PT ; Keller JL ; Berg AL ; Cargan AL ; Haddad JJr (1999) : Pervasive developmental delay in children presenting as

possible hearing loss , Laryngoscope , Jan ,Vol.(109) , No.(1) , PP.129-135 .

94 - -- (1988) : What's in a face ? .The case of Autism, British J. of psychology, Vol.(79), pp.441-453 .

95- Illinois State (1987) : Department of mental health and development disabilities, Report on service need of persons with Autism spring field, jan.

96- Jardon R.; Powell S., (1990) : Autism and national curriculum, British, J. of special education, Vol.(14), No.(4), pp.140-142.

97- Joan Riehl (1980) : The self-Conception and relationships of autistic children : Asymbolic interactionist perspective , D.A.I., Vol.(41), No.(11) , May, p.4852-A.

98- Johnson M. H.; Siddons F.; Frith U.; Morton J. (1992): Can Autism be predicted on the basis of infant screening tests? Developmental medical child neurology, Vol.(4), pp.316-320.

99- Kanner L. (1973) : Childhood psychosis : Initial Studies and New Insights , Washington , D. C. : V. H. Wanston , Sons , Inc .

100- Kaplan H. I.; Sodock B. J., (1985) : Modern synopsis of comprehensive textbook of psychiatry , IV . Baltimore : Williams and Wilkins.

101- Klin A.; volkmar F. and Sparrow S., (1992) : Autistic social dysfunction : some limitations of the theory of mind hypothesis , J. child Psychol. Psychiat., Vol.(33), No.(5), pp.861-876.

102- Krantz P.; Zalenski S.; Hall L.; Fenske E.; McClannahan L., (1981) : Teaching complex language to Autistic children , Analysis and intervention in developmental disabilities, Vol.(1), pp.239-297.

103- Kreimyer Kathryn H., (1984) : A comparison of the effects of speech training , modeled sign language training and prompted sing language training on the language behavior of Autistic preschool children, D.A.I., Vol.(46), No.(3) September, pp. 980-981 -B.

104- Koegel R.; Dyer K.; Bell L., (1987) : The influence of child preferred activities on Autistic children's social behavior, J. of Applied behavior analysis, Vol.(20),No. (3) , pp. 243-252 .

105- Koegel R.; Frea W., (1993) : Treatment of social behavior in autism through the modification of pivotal social skills , J. of Applied behavior analysis, Vol.(26), No. (3) ,pp.369-377.

106- Koegel L.; Koegel R.; Hurley C.; Frea W., (1992) : Improving social skills and disruptive behavior in children with Autism through self-management, J. of Applied behavior analysis, Vol.(25), pp.341-354 .

107- Koegel R.; Rincover A.; Egel A., (1982) : Educating and understanding Autistic children, San Diego, CA: colloge-Hill.

108- Krantz P.; Macduff M.; McClannahan L., (1993) : Programming participation in family activities for children with Autism : parents use of photographic activity schedules, J. of Applied behavior analysis, Vol.(26), No. (1) , pp.137-138.

109- Krantz P; McClannahan L., (1993) : Teaching children with Autism to initiate to peers : Effects of ascript-fading procedure, J. of Applied behavior analysis, Vol.(26), No. (1), pp.121-132.

110- Losche Gisela, (1990) : Sensorimotor and action development in Autistic children from infancy to early childhood , J. child psychol. Psychat. Vol.(31), No.(5), pp.749-761.

111- Love S.; Matson J.; West D., (1990) : Mothers as effective therapists for Autistic children's phobias, J. of Applied behavior analysis , Vol.(23), No.(3), pp.379-385.

112- Macduffy G.; Krantz P. ;McClannhan L. (1993) : Teaching children with Autism to use photographic activity schedules : Maintenance and Generalization of complex response chains, J. of Applied behavior analysis, Vol (26), No (1) pp. 89-95 .

113- Marchionne A., (1982) : Early childhood Autism, U.S. Illinois .

114- Marica D., (1990) : Autism and life in the community, Successful Interventions for behavioral challenges, pawul H, Co London.

115- McClannahan L. ; Krantz P. J.; MacGee G. G.; Macduff G, (1982) : Parents as therapists for Autistic children : A Model for effective parent training , Analysis and intervention in developmental disabilities, Vol.(2), pp. 223-252.

116- -------------------- (1984) : Teaching – Family Model for Autistic children, In W. P. Christian, G. T. Hannah, T. J. Glahan (Eds), programming effective human services: Strategies for institutional change and client transition, pp. 383-406, New York Plenum.

117- McClannahan L.; Krantz P., (1993) : On system analysis in Autism intervention programs, J. of Applied behavior analysis, Vol.(26),No (4), pp.589-596 .

118- Macdonald A (1972) : Chambers twentieth century dictionary , New Dellhi .

119- Mcdougle C. ; Kresch L. ; Godman W. , Naylor S. ; Price L. (1995) : A case – controlled study of repetitive thoughts and behavior in adults with autistic disorder and obsessive compulsive disorder , Am. J. Pschiat. , Vol (152) , No (5) , May , pp. 772-777.

120- Mcevoy R.; Rogers S.; Pennington B., (1993) : Executive function and social communication deficits in Yong Autistic children, J. child psychol. Psychiat. Vol.(34), No.(4), pp.563-578.

121- McGee G.,;Krantz P.;Mason D.; McClannahan L., (1983) : A Modified incidental teaching procedure for Autistic youth : Acquisition and generalization of receptive object labels, J. of Applied Behavior Analysis, Vol.(16), No (3), pp.329-338.

122- ------------------------, (1986) : An Extension of incidental teaching procedures to reading instruction for Autistic children , J. of Applied Behavior Analysis, Vol.(19), No (2) , pp.147-157.

123- Miller M., (1990) : Characteristics of Autism literature-review. In Eric.

124- Myles B.;Simpson R., (1994) : Facilitated communication with children diagnosed as Autistic in public school settings, psychology in the schools, Vol.(31), July, pp.208-220.

125- Nelson P.; Israel A., (1991): Behavior disorder of childhood prentice hall, Englewood chiffs, New jersey, second Edition.

126- Newman Dianne L., (1987) : The role of functional reinforcement in the acquisition and generalization of communicative language in an Autistic population , D.A.I., Vol.(98), No.(7), January, P.2104-B.

127- Ney P. G.; Mulvihill D. L., (1985): Child psychiatric treatment : A practical guide, London, Sydney, over, New Hampshire.

128- O'Gorman, Gerald, (1970) : The nature of childhood Autism, Second Edition, London : Butter worthies.

129- Overall J., Campbell M., (1988) : Behavioral assessment of psychopathology in children : infantile Autism , J. of clinical psychology, September, Vol.(44), No.(5), pp.708-716.

130- Ozonoff S.; Pennington B.; Rogers S., (1991) : Executive function deficits in high-functioning Autistic individuals : relationship to theory of Mind , J. child psychol. Psychat., Vol. (32), No.(7), pp1081-1105 .

131- Panksepp, Jaak ; Patrick, (1991) : A Synopsis of an open-trial of naltrexone treatment of Autism with four children , J. of Autism and developmental disorders, Vol.(21), No.(2), Jun, pp.243-249.

132- Peters Michael , (1985) : Autism as impairment in the formation and use of meaning : an attempt to integrate a functional and a neurological model , J. of psychology, Vol.(120), No.(1),pp.69-81.

133- Pierce K., Schreibman L., (1994) : Teaching daily living skills to children with Autism in unsupervised settings through pictorial self-management , J. of Applied Behavior Analysis, Vol.(27),No (3), pp.471-481.

134- Porter B., Goldstein; Galil A.; Carel C., (1992) : Diagnosing the strange , child car health development, Vol.(18),No (1), pp.57-63.

135- Prior M.; Dahlstrom B.; Squires T., (1990) : Autistic children's knowledge of thinking and feeling states in others people, J. child psychol. Psychiat. Vol.(31), No.(4), pp.587-601.

136- Prizant Barry M, (1979) : An analysis of the functions of immediate Echolalia in Autistic children , D.A.I. Vol.(39), No.(9), March, pp.4592-4593-B.

137- -------------------, (1983) : Echolalia in Autism: Assessment and intervention , Seminars in speech and language , Vol.(4), pp.63-77.

138- Quill, K. ; Gurry S. ; Larkin A. ; (1989) : Daily life therapy a Japanese model for educating children with Autism , J. of Autism and developmental disorders, Vol.(19), No.(4), Dec. pp.625-635.

139- Ramondo N.; Milch D., (1984) : The nature and specificity of the language coding deficit in Autistic children , British J.of psychology Vol.(75), pp.95-103.

140- Reichler R.; Schopler E., (1976) Developmental therapy: a program model for providing individualized services in the community, New York : Plenum Press.

141- Rein Raelynne P., (1988) : Observational study of the use of verbal preservations by persons with Autism , D.A.I. Vol.(48), No.(7), January, p.1736-A.

142- Ritvo E.; Freeman B.; Geller E.; Yuwiler A., (1983) : Effects of fenfluramine on (14) outpatients with the syndrome of Autism , J. of American Academy of child psychiatry, Vol.(22), pp.549-558.

143- Roeyers H., (1995) : A peer mediated proximity intervention to facilitate the social interactions of children with a

pervasive developmental disorder, British J. c
education, Vol.(22), No.(4), Dec. pp.161-176.

145- Rutter M. , (1983) : Cognitive deficits in the pathogenesis of
, J. child psychol. and psychiat., Vol.(24), pp.51

146- Sahakian W.; Sahkian B.; Sahakian P., (1986) : psychopa
today, the current status of abnormal psycholog
edition. F.E. peacock publishers, Inc. Itasca, Illin

147- Sandberg A.; Nyden A.; Gillberg C.; Hjelmquist E., (1993
cognitive profile in infantile Autism-A study
children and a adolescents using the Griffiths
development scale , British J. of psychology, Vo
pp.365-373.

148- Schopler E.; Reichler R.; Devellis R.; Daly K., (1980) : To
objective classification of childhood Autism : child
Autism rating scale C.A.R.S. , J. of Autism
developmental disorders, Vol.(10), pp.91-103.

149- Schopler Eric, (1982) : Evolution in understanding and treatme
Autism , Triangle, Vol.(21), pp.51-57.

150- Schopler E.; Reichler R.; Devellis R.; Daly K, (199
Neurobiological correlates of Autism, Ameri
psychological association , Boston , MA, Aug
pp.10-14.

151- Schwartz S., (1992) : Case studies in abnormal psycholo Wiley, National Library, Milton Austerely.

152- Secan K.; Egel A.; Tilley C., (1989) : Acquisition, Genera and maintenance of question-answering sl Autistic children , J.of Applied Behavior A Vol.(22), No.(2),pp.181-196.

153- Simonoff E. (1998) : Genetic counseling in autism and pe developmental disorders , J. Autism Dev. Disord , Vol.(28) , No.(5) , PP.(447-456) .

154- Shah A.; Frith U., (1993) : Why do Autistic individuals superior performance on the block design task? J. psychol. Psychat., Vol.(34) No.(8), pp.1351-1364.

155- Sharyn Neuwirth ; Julius S. ; Peter S. ; Jensen M. ; Rockvil (1999) : Autism , all material in this publication is of copyright restrictions and may be copi reproduced , or duplicated without permission NIMH ; citation of the source in http: / WWW. n nih. gov / publicat / autism . htm .

156- Shea V. and Mesibove G (1985) : The relationship of learn disabilities and higher-level autism , J. of Autism a Dev. Desord. , Vol.(15) , No.(4) , PP.(422-435) .

157- Short Andrew B. (1980) : Short – term treatment outcome usi parents as co-therapists for their own autistic childre D. A. I. , Vol (41), No. (04) , october , p. 1527-B.

158- Sodian B.; Frith U., (1992) Deception and sabotage in Autistic, retarded and normal children , J. child psychol. Psychiat., Vol.(33), No.(3), pp.591-605.

159- Spitzer R., (1987) : Diagnostic and statistical manual of mental disorders III, Washington, DC : American psychiatric Association.

160- Stewart J. C., (1986) : Counseling parents of the exceptional children (2 nd ed) Columbus, Charles E. Merrill .

161- Sudhalter V.; Cohen I.; Silverman W.; Wolf-Schein E., (1990) : Conversational analyses of males with fragile x, Down syndrome and Autism : Comparison of the emergence of deviant language , American J. on Mental Retardation, Vol.(94), pp.431-441.

162- Szatmari P.; Bartolucci G.; Bremner R.; Bond S. and Rich S., (1989) : A follow-up study of high-functioning Autistic children , J. of Autism and developmental disorders, Vol.(19), pp.213-226.

163- Tallal P ; Merzenich M ; Miller S ; Jenkins W (1998) : Language learning impairment : integrating research and remediation , Scand J. Psychol. ,Sep. , Vol.(39) , No.(3) , PP.197-209 .

164- Taras M.; Matson J.; Leary C., (1988) : Training social inte skills in two Autistic children , J. Behav. Th Pyschiat. Vol.(19), No.(4), pp.275-280.

165- Ungerer J. A., (1989) : The early development of Autistic cl Implications for defining primary deficits, Ne Guilford.

166- Wad B.; Moore M., (1994) : Feeling different view pc students with special educational needs, Britis special education, Vol.(21), No.(4), Dec., pp.161-

167- Warren R.; Margaretten N.; Pace N.; Foster A., (1986) : In abnormalities in patients with Autism , J. of Auti developmental disorder, Vol.(16), pp.189-197.

168- Watson , Luke S. (1973) : Child behavior modification : A m for teachers , Nurses , and Parents , New York . Tc , Oxford , Sydney , Braunschweing .

169- Webster C.; Konstantareas M.; Oxman J.; Mack J., (1980) : Aut New directions in research and education (pressman press).

170- Wing Lorna, (1966) : Early childhood Autism, clinical educati and social aspects : Toronto.

171- Wolf S. (1988) : Psychiatric disorder of childhood .In Kandell RE ; Zealley AK (Eds.) Companian to psychiatric

studies , London: Churchcill Livingstone .

172- Wollberg LR (1967) : The technique of psychotherapy. Grune and Stratton , A subsidiary of harcount , New York Brac Jovancrth, Publishers .

173- Yoram B.; Aliza R.; Juliet S.; Uei G., and Avner E., (1995) : Season of birth and Autistic children in Israel , Am. J. psychiatry, Vol.(152), No.(5), May, pp.798-800.

174- Young , Douglas (1980) : A behavioral checklist to differential pre-school age autistic retarded children , D. A. I. , Vol (41) , No (05) , Novem. , pp. 1936-1937-B.

175- Young J.; Kavanagh M.; Anderson G.; Shaywitz B.; Cohen d., (1982) : Clinical neurochemistry of Autism and associated disorders, J. of Autism and developmental disorders, Vol.(12), pp.147-165.